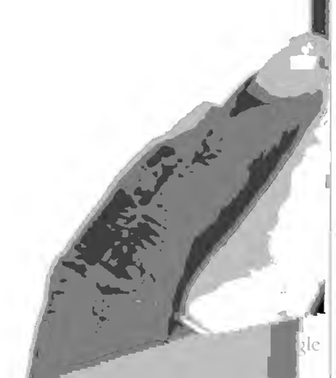
Die hysterischen Geistesstöru...

Emil Raimann







DIE

HYSTERISCHEN GEISTESSTÖRUNGEN

EINE KLINISCHE STUDIE

VON

DR. EMIL RAIMANN

ASSISTENT DER K. K. PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK
DES HERRN PROFESSOR v. WAGNER IN WIEN.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1904.

Verlags-Nr. 1046.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Vorwort.

Das vorliegende Buch enthält die Ergebnisse einer mehrjährigen Beschäftigung mit Hysterischen. Die persönliche Bekanntschaft eines Teiles derselben, zumeist sozial höher stehenden Kreisen angehörig, vermittelte ein Privatsanatorium; schwere Fälle hysterischer Geistesstörung konnten in der psychiatrischen Klinik der Wiener Irrenanstalt eingehend und durch längere Zeit studiert werden; endlich bot die Beobachtungsstation sowie die Nervenklinik des Wiener allgemeinen Krankenhauses eine reiche Auswahl akuter Hysterien. Die Vielseitigkeit, die geradezu verwirrende Fülle wechselnder Bilder regten an zum Nachdenken über die gemeinsame Grundlage.

Die Hysterie repräsentiert unzweifelhaft ein Grenzgebiet. Zahlreiche dieser Patienten werden auf internen Kliniken und Abteilungen behandelt, andere kommen in die Hände der Chirurgen und Gynäkologen; die Neurose Hysterie sollte in das Spezialgebiet des Neurologen gehören. Genaue Kenner, voran die Franzosen, erklären sie für eine Psychose. Übrigens kann wohl nur die ausschließliche Geltung letzteren Satzes strittig sein, das Hervortreten psychischer Anomalien bei Hysterie wird von allen Seiten übereinstimmend anerkannt. Somit bildet diese Erkrankung ein Bindeglied der beiden Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie. Da in neuester Zeit sich wieder Stimmen vernehmen lassen, welche die Neurologie für die innere Medizin reklamieren, ihren Zusammenhang mit der Psychiatrie bestreiten, ist es von prinzipieller Bedeutung, wenn gezeigt werden kann, daß in den so häufigen Fällen hysterischer Neurose die Beschäftigung mit der geistigen Persönlichkeit der Patienten das Verständnis des neurologischen Symptomenkomplexes fördert, ja eine entscheidende Bedeutung gewinnt für Prognose und Therapie — nur ein Beispiel für die Wichtigkeit einer mehr psychiatrischen und psychologischen Auffassung krankhafter Zustände.

Neben den zahlreichen, vielfach ausgezeichneten Darstellungen der Neurose Hysterie hofft das vorliegende Buch auf Anerkennung seiner Existenzberechtigung, insofern es sich darauf beschränkt, die Hysterie vom Standpunkte des Seelenarztes zu behandeln, dieselbe mit den Augen des Psychiaters zu sehen. Speziell eine Monographie über hysterische Geistesstörungen fehlte noch in der Literatur, wiewohl gerade über diese Form des Irreseins die verschiedenartigsten Auffassungen miteinander in Widerstreit liegen. Auf eine historische Einleitung konnte verzichtet werden, da alle größeren Werke über Hysterie bis zum jüngst erschienenen Binswangers einen geschichtlichen Überblick enthalten. Die Klinik der hysterischen Psychosen, welcher naturnotwendig der breiteste Raum zufällt, wird ergänzt durch das Kapitel Ätiologie, welches seine besondere Bestimmung hat. Von Wien aus ist eine Theorie in die Welt gegangen, die den ausschließlich sexuellen Ursprung der Hysterie proklamiert, auf dem Umwege über die Sexualität in das Wesen der Erkrankung eindringt. Allseits wurde mehr oder minder entschieden Verwahrung dagegen eingelegt; darum schien es angemessen, am selben Orte, an ähnlichem Krankenmateriale nachzuprüfen und zu dieser Theorie Stellung zu nehmen. Dann folgen Betrachtungen über das Wesen der Hysterie als Geisteskrankheit, Anhaltspunkte für die Prognose, eine Übersicht der therapeutischen Maßnahmen; ein Kapitel über die forensische Bedeutung des Leidens wird angehängt.

Vieles ist strittig in der Hysteriefrage. Es wurde versucht, das vorliegende, überaus reichhaltige Material zu sichten, das Übereinstimmende und Verbindende hervorzuheben, das Trennende zu überbrücken, Widersprüche aufzuklären und zu eliminieren. Wo angängig, wurde am Selbstbeobachteten die Probe auf die Richtigkeit jeder einzelnen These gemacht; in zweifelhaften Fällen entscheidet nur die Klinik. Unvermeidlich ist allerdings, daß die in diesem Buche niedergelegten eigenen Krankengeschichten ein lokales Kolorit tragen, indem die typischen Patienten aus einer bestimmten Zeit herangezogen sind. Doch wurden alle zugänglichen fremden Erfahrungen berücksichtigt, um einen harmonischen und möglichst erschöpfenden Gesamtüberblick geben zu können. Die Vermutung ist kaum zu unterdrücken, daß viele kasuistische Mitteilungen der Literatur zumeist Raritäten behandeln, die wissenschaftlich zwar um so interessanter sind, je schwierigere Probleme sie stellen, die aber doch ein unzutreffendes Bild von dem geben, was allerorten die Erfahrung

beherrscht und beherrschen muß: die Hysterie des Alltags. Von letzterer werden die Regeln und Gesetze abgeleitet, mit klaren und einfachen Fällen beginnt die Untersuchung, um erst später an die Rätsel der außergewöhnlichen sich zu wagen.

Die psychologische Forschung führt immer unverkennbarer zu einer einheitlichen Auffassung der Hysterie in ihrer Gänze, sie zeigt, daß auch anscheinend rein körperliche Symptome in unlösbarer Beziehung stehen zu Störungen der Hirnrindenfunktionen. Eine liebevolle Beschäftigung mit den Kranken lehrt, daß die neurotischen Erscheinungen wechseln ganz fehlen können, während man seelische Alterationen nie vermißt. Das Buch bringt Belege für diese Behauptung, es zieht die Konsequenzen daraus und soll der Überzeugung Ausdruck verleihen, daß die hysterischen Geistesstörungen keineswegs nur eine Komplikation der Neurose Hysterie bilden, daß gerade sie das Wesentliche sind, sowie hier im Seelenleben der Schlüssel zum Verständnis, der Ausgangspunkt für die Verhütung und Behandlung dieser oft so unheilvollen Krankheitszustände liegt.

Wien, im Mai 1904.

Der Verfasser.

Inhaltsübersicht.

I. Einleitung und Begriffsbestimmung.

Die Hysterie bietet in der Regel eine Mischung körperlicher und psychischer Anomalien; an den Endpunkten der langen Reihe vielgestaltiger Krankheitsbilder stehen Gegensätze: auf der einen Seite monosymptomatische Formen anscheinend rein körperlicher Neurose, andererseits hysterische Seelenstörungen ohne alle somatischen Symptome. Aus rein praktischen Gründen teilt man die Hysterie und weist den hysterischen Psychosen eine Sonderstellung zu, insofern es ganz speziell Patienten mit schwereren psychischen Störungen sind, welche den Irrenärzten zu Gesicht kommen, insofern das Vorwalten der Psychose soziale und rechtliche Konsequenzen hat. Wie gleich hinzugefügt werden soll, umfaßt diese Gruppe eine Minderzahl aller Hysterischen, während das Gros derselben zeitlebens außerhalb der geschlossenen Anstalt sich bewegt, ohne mehr als Affekte des Bedauerns eventuell des Ärgers zu erregen.

Dennoch gibt es keinen Fall von Hysterie, der nicht auch psychische Alterationen erkennen ließe. Dieselben bleiben verborgen, wenn sie nicht aufdringlich sind; oft passen sie in den Rahmen von Charaktereigentümlichkeiten, werden als persönliche Eigenheiten ohne pathologische Bedeutung genommen; man kann sie schließlich auch übersehen, wenn man angesichts schwerer körperlicher Störungen wenig Gelegenheit hat, mit der Persönlichkeit der Kranken eingehender sich zu beschäftigen. Die psychischen Anomalien heben sich aus dem übrigen Seelenleben nicht scharf heraus, sie stellen, bildlich gesprochen, eine Nuance, eine eigenartige Schattierung dar, die nur dadurch pathognomonisch wird, daß sie eben bei allen Hysterischen mehr oder minder ausgesprochen, aber in gleicher Weise wiederkehrt. In fließender Steigerung gehen aus den manchmal fast unmerklichen Eigentümlichkeiten des Charakters offenkundige Geistesstörungen hervor.

Schon dieser Umstand beweist, daß die Trennung der hysterischen Psychosen von der Neurose Hysterie eine künstliche ist. Sie kann sich fruchtbar erweisen, indem sie dazu führt, das beim Studium der Psychosen Gewonnene auf die Hysterie selbst anzuwenden und so deren psychotische Natur zu erkennen. Immerhin scheint das nur ein äußerliches Moment. Viel wesentlicher ist, daß man immer eine psychische Veranlassung, ein Bewußtseinskorrelat hysterischer Phänomene findet, auch wenn sie als körperliche sich manifestieren. Die Hysterie bleibt eine und

dieselbe, ob die Störung als Lähmung oder Kontraktur, als Hyperästhesie oder umschriebener Sinnesausfall, als Mutismus oder Irrereden, als Paroxysmus in Konvulsionen oder Delirien sich äußert. Nachdem diese Einheitlichkeit auf körperlichem Gebiete nicht zu finden ist — es gibt hier nichts Zusammenfassendes, als Nervenkrankheit fällt die Hysterie auseinander — so muß das gemeinsame Band im Bereiche des Psychischen gesucht werden. Kapitel V wird das näher durchführen; immer und überall kann man zeigen, daß die Gesetze, welche sich aus Fällen sogenannt psychischer Hysterie ableiten lassen, allgemeine Gültigkeit haben, daß die psychiatrische Auffassung der Hysterie in ihrer Gänze nicht nur theoretisch möglich, sondern auch praktisch wichtig ist. —

Ausgangspunkt der Untersuchung bilden die hysterischen Geistesstörungen engeren Sinnes, jene Seite, welche die Hysterie den Irrenärzten darbietet. Die Tatsache, daß es sich um Grenzfälle handelt, um ein Grenzgebiet, läßt begreiflich erscheinen, wenn die Definitionen der hysterischen Psychosen recht verschiedenartig lauten. Im Laufe der Zeiten haben sich auch die Anschauungen der Irrenärzte geändert, sie ändern sich noch; namentlich ältere Ansichten über die Hysterie sind mit der modernen Betrachtungsweise kaum mehr vereinbar. Dann gibt es innere Gründe, welche bei den verschiedenen Autoren verschiedene Vorstellungen über diese Krankheit hervorrufen. Es sei hier nur vorweggenommen, daß die Erscheinungsweise der Hysterie nach Zeit, Ort und Rasse wechselt, daß infolge der Suggestibilität, die eine Grundeigentümlichkeit ihres Wesens ist, wissenschaftliche Voraussetzungen des Beobachters und Einflüsse der Umgebung im Symptomenbilde wiedergespiegelt werden — die Hysterischen der Salpêtrière bieten hierfür ein Beispiel. Insofern es sich nun um Psychosen handelt, kommt noch eine besondere Schwierigkeit: die Psychopathologie verzeichnet eine Fülle funktioneller Geistesstörungen. Die funktionellen hysterischen Psychosen sind gegen zahlreiche Geschwister abzugrenzen, und hier unterliegt die Grenzbestimmung der Subjektivität des einzelnen Beobachters mehr als sonst die Klassifikation in der Psychiatrie. Wenn man die tonangebenden Lehrbücher, die vereinzelten zusammenfassenden Darstellungen hysterischer Geistesstörungen, die schier unübersehbare Reihe von Publikationen durchsieht, welche einzelne Kapitel oder kasuistische Beiträge bringen, so stößt man auf die verschiedensten Definitionen. Nur einige Lehrmeinungen seien hier wiedergegeben.

Arndt führt aus, wie das hysterische Moment der Psychose ihre Besonderheit verleihe, Temperament und Charakter beinfluße. Er läßt die Hysterie selbst in Geisteskrankheit ausgehen, entweder in die Vesania typica, in primäre oder sekundäre Verwirrtheit, Schwachsinn: eine Betrachtungsweise, welcher die heute herrschenden Auffassungen fremd gegenüberstehen.

Schüle bezeichnet das hysterische Irresein als eine Steigerung des

hysterischen Temperamentes, das er analysiert und im Wesen als erhöhte Reizbarkeit mit Schwäche erklärt. Dabei unterscheidet Schüle eine Unzahl von Formen, so die chronisch hypochondrische Melancholie, die entweder zur Heilung kommen, still stehen oder in Wahnsinn ausgehen soll; das hysterisch-epileptische Irresein ebenfalls chronischen Verlaufes, eine hysterische Melancholie, eine akute oder periodisch hysterische Manie, einen hysterischen Wahnsinn mit zahlreichen Unterabteilungen, von denen nur die originäre Verrücktheit, der hypochondrische Wahnsinn, der katatone Wahnsinn hervorgehoben sei, letzterer zerfällt wieder in zwei kleine Gruppen, die dämonomanische Form und den halluzinatorischen Stupor; endlich gebe es einen chronisch unheilbaren Hysterismus als chronisch degenerativen Wahnsinn und primären hysterischen Blödsinn. Wiewohl zahlreiche Einzelbeobachtungen Schüles von außerordentlicher Feinheit sind, muß man sich schon vom praktischen Standpunkte dagegen aussprechen, daß die psychiatrische Klassifikation so heillos kompliziert wird. Man frägt, wozu diese Menge von Unterabteilungen, die alle von nichthysterischen Psychosen getrennt und abgegrenzt werden sollen? Der Beweis, es handle sich hier überall um Hysterie, ist wohl auch gar nicht zu erbringen.

Savage behauptet, daß jeder Grad nervöser Störung vom einfachen Lachkrampfe unter Tränen bis zur heftigsten Manie bei Hysterie vorkomme; doch sehe man einfache Hysterie selten bei den Insassen einer Irrenanstalt.

Meynert schließt das hysterische Irresein an die Paranoia. Er gibt keine klinische Definition; für ihn ist die Hysterie eine chronisch funktionelle bulbäre Neurose, die in Anfällen akut wird. Meynert differenziert sie von der Hypochondrie und von der Neurose in Zwangsvorstellungen.

Nach Henri Colin existiert kein hysterisches Irresein im eigentlichen Sinne des Wortes. Wird ein Hysterikus geisteskrank, so habe seine Geisteskrankheit nichts Eigentümliches. In der Regel handle es sich dann um eine Verknüpfung der Hysterie mit dem Irresein der Entarteten. Doch anerkennt Colin ein hysterisches Delir als Teil des Anfalles.

Sein Landsmann Gilles de la Tourette will gleichfalls den Begriff der hysterischen Geistesstörung möglichst eingeschränkt wissen. Als Wortführer Charcots und seiner Schule vertritt er den Standpunkt, daß es keine hysterische Geistesstörung gebe außer dem hysterischen Charakter mit seinen plötzlichen Antrieben, die auf Suggestion eventuell auf Halluzinationen zurückführen, außer kürzer dauernden deliranten, länger dauernden somnambulen Perioden. Alles andere sei degeneratives Irresein.

Kirchhoff unterscheidet ein hysterisches Irresein und einfache Seelenstörungen bei Hysterie, wobei letztere die Krankheitsbilder färbt, wo

aber der klinische Verlauf klarstellt, daß es sich nicht um Hysterie handelt. In der Definition des hysterischen Charakters stimmt er mit allen Autoren überein. Neben Dämmerzuständen und sicher hysterischen Formen führt er aber Symptomenbilder chronischer Psychosen vor, welche zeigen, daß er den Begriff des hysterischen Irreseins recht weit faßt. Er charakterisiert es durch die Symptomentrias, geschlechtlicher, religiöser Wahninhalt, Geruchsstörungen; doch komme auch Eifersuchts- und Besessenheitswahn vor. Das anfängliche Wahnsystem gehe in sprungweisem Verlauf bei der einen Form bald in Verwirrtheit oder Blödsinn über; die andere Form verlaufe ohne Sinnestäuschungen, könne aber auch langsam zu Blödsinn führen.

Für D. E. Jacobson gibt es keine Folie hystérique. Nur aus praktischen Gründen halte man diese Bezeichnung bei für eine Gruppe von Fällen, wo eine akute, meist halluzinatorische Verwirrtheit mit auffällig hysterischen Elementen sich amalgamiert.

v. Krafft-Ebing unterscheidet neben transitorischen Irreseinszuständen und protrahierten Delirien noch selbstständige hysterische Psychosen, die entweder auf dem Boden einer einfachen, nicht konstitutionell veranlagten hysterischen Neurose stehen oder Durchgangs- und Zustandsbilder einer hysterischen Degeneration sind.

Nach Moravcsik verdient eigentlich nur die akute Form etwa dem hysterischen Delir entsprechend, die Bezeichnung Hysterie. Die chronisch hysterischen Geistesstörungen verlaufen in Form der gewöhnlichen Psychosen, nur seien ihre Einzelheiten undeutlich, schwankend, die Alteration des Bewußtseins und der Stimmung weder intensiv noch dauernd. Außerdem führt Moravcsik noch eine Reihe von Zügen an, welche diese hysterischen oder Pseudo- von den anderen funktionellen Psychosen trennen.

Wernicke faßt den Begriff der hysterischen Psychosen sehr weit. Er beschreibt verschiedenartige Symptomenbilder, die von anderer Seite gewiß nicht zur Hysterie gerechnet werden würden. Hauptmittel für die Diagnose sind ihm hysterische Antezedenzien. Manchmal findet er auch Stigmata zur Zeit der akuten Erkrankung. Einer seiner Fälle dauert durch 3 Jahre ohne objektiv erkennbare Schwankungen und ohne psychische Ätiologie. Mehrere andere gehen letal aus und lassen Seitenstrangerscheinungen nachweisen.

Jolly charakterisiert das Wesen der Hysterie durch psychische Eigentümlichkeiten, die in ausgesprochene Geistesstörung übergehen können und unterscheidet neben den Psychosen des Anfalles noch verschiedenerlei Geistesstörungen, die Hysteromelancholie, hysterische Paranoia, maniakalische und akute Verwirrtheitszustände der Hysterie.

Fürstner läßt die Neurose Hysterie in der Ätiologie von Psychosen eine Rolle spielen. Neben den Symptomen der Neurose können

wohl alle Formen der funktionellen Geistesstörungen auftreten: Hypochondrie, Melancholie und Paranoia, für welche im hysterischen Temperament der Boden vorbereitet ist. Fürstner unterscheidet dabei sehr genau zwischen einer hysterischen Melancholie und einer Melancholie mit hysterischen Zügen. Er kennt auch zwei Formen der hysterischen Paranoia. Endlich gebe es hysterische Geistesstörungen in Beziehung zu den Anfällen.

Sommer spricht von psychogenen Zuständen, die ihm ein engerer Begriff sind als die gebräuchliche Hysterie. Er scheidet diese scharf von der Epilepsie, erwähnt halluzinatorische Erregungszustände, welche im Laufe der Psychogenie auf dem gewissermaßen vulkanischen Boden ausbrechen. Wenn sonst ein Krankheitsbild einige hysterische Züge enthält, dürfe man dies noch nicht in der Bezeichnung Hysterie ausdrücken.

Kraepelin wünscht den Begriff der hysterischen Psychosen einzuengen. Da die Hysterie mit einer Umwandlung der ganzen psychischen Persönlichkeit einhergeht, werden die verschiedenartigsten, nicht eigentlich hysterischen Psychosen auf dieser Grundlage durch Beimischung einzelner besonderer Züge eine eigenartige Färbung annehmen können. Man belege mit dem Beinamen „hysterisch" eine Reihe von Krankheiten, die nach Kraepelin mit der Hysterie in gar keiner Beziehung stehen. Dieser Autor unterscheidet hauptsächlich transitorische Störungen im Anschluß an Anfälle und Dämmerzustände; außerdem kommen im Verlaufe der Hysterie vielgestaltige Krankheitsbilder vor.

Entschiedener spricht Nissl sich aus, der hysterische Psychosen für außerordentlich seltene Krankheiten erklärt. Die sogenannten hysterischen Symptome bei einfachen Seelenstörungen seien Symptome der letzteren selbst, die den hysterischen zum Verwechseln ähnlich sehen, aber doch nicht als hysterisch aufgefaßt werden dürfen, wie er aus dem Studium des klinischen Verlaufes solcher Krankheitsbilder, die ziemlich allgemein als Hysterie aufgefaßt werden, diagnostizieren zu können glaubt.

Nach Mendel kann die Hysterie und die Hysteroepilepsie zum Ausbruche psychischer Erkrankung Veranlassung geben im Anschlusse an einen Anfall, als Äquivalent, als hysterische Geisteskrankheit im engeren Sinne, endlich durch Kombination von Hysterie und Psychose.

Für Ziehen ist die Hysterie ein empirischer Begriff, uns aufgezwungen durch die Erfahrung, daß eine Anzahl von Symptomen, Stigmen, häufig gleichzeitig vorkommen. Es ist unmöglich, dieselben einheitlich zusammenzufassen. Man kann die Hysterie nur definieren als funktionelle Neurose, die zu einer psychopatischen Konstitution führt. Ziehen unterscheidet eine große Anzahl hysterischer Psychosen, deren Symptomatologie und Differentialdiagnose er des näheren durcharbeitet

Binswanger, dessen umfangreiches Werk über Hysterie erschien, als die vorliegende Arbeit größtenteils abgeschlossen war, be-

schäftigt sich sehr eingehend mit den Seelenstörungen der Hysterischen; er anerkennt ihr regelmäßiges Vorkommen, ihre Wichtigkeit. Die „hysterischen Psychosen" liegen nicht im Rahmen des Buches, werden nur ganz kurz erwähnt. Binswanger meint: „Wir sind nur dann in der Lage, die Geistesstörung als eine hysterische zu bezeichnen, wenn sie direkt aus unzweifelhaft hysterischen Krankheitselementen (z. B. aus typischen Empfindungsstörungen, aus Wachträumen, aus halluzinatorischen Dämmerzuständen, vor allem aus den affektiven Störungen) hervorgegangen ist. Die Geistesstörung bildet dann nur die Weiterentwicklung", namentlich in degenerativen Fällen von Hysterie, „bei denen . . . die mannigfachsten Kombinationen und Mischformen sehr häufig sind."

Schon aus dieser Blütenlese, die sich beliebig vermehren ließe, ersieht man, daß die Meinungen der Forscher über Inhalt und Umfang des in Rede stehenden Begriffes recht auseinandergehen, daß eigentlich jeder in der Hysteriefrage seinen persönlichen Standpunkt hat. Im Wesen lassen sich zwei Strömungen unterscheiden. Während die einen mit dem Worte Hysterie sehr freigebig sind und alle Kranken als hysterisch bezeichnen, bei denen ein später näher zu charakterisierendes Verhalten auch nur andeutungsweise sich findet, stehen auf der anderen Seite Psychiater, welche das Vorkommen hysterischer Geisteskrankheiten überhaupt in Abrede stellen möchten und nur das Delir des hysterischen Anfalles anerkennen.

Minder belangreich scheinen die Meinungsverschiedenheiten über Abgrenzung und Bezeichnung der Unterabteilungen. Während die Franzosen z. B. den Ausdruck „somnambule Zustände" bevorzugen, lieben es deutsche Autoren weitaus die meisten hysterischen Psychosen „Dämmerzustände" zu nennen. Kapitel III möge zeigen, daß es hier eigentlich keine Grenzen gibt, daß man nur über die Zweckmäßigkeit der einen oder der anderen Bezeichnungsweise streiten kann; daß eine Einigung, am besten von praktischen Gesichtspunkten aus, leicht zu erzielen wäre. Vorher aber muß man wissen, was unter den Gattungsbegriff „hysterische Geistesstörung" eingereiht werden soll.

Es dürfte sich empfehlen, für den weiteren Ausbau des Begriffes eine möglichst sichere Basis zu wählen. Über die Grande hystérie sind alle Forscher einig. Diese Kranken fallen durch eine Reihe charakterologischer Abnormitäten auf, die in den typischen Fällen sehr ausgeprägt mit großer Regelmäßigkeit immer und immer wiederkehren; man spricht darum allgemein von einem hysterischen Charakter. Andererseits gelten die psychischen Störungen des klassischen Anfalles unbestritten als Typus der hysterischen Psychosen. Die nächste Aufgabe wird es daher sein, den hysterischen Charakter, besser die hysterische Charakterveränderung, zu analysieren und zu zeigen, daß das Wesentliche derselben mit Recht hysterisch genannt und für die Klinik der Hysterie festgelegt werden

kann. Zwischen den Elementarstörungen dieses Charakters, die durch einfache Steigerung sehr leicht ins Psychotische auswachsen, und den hysterischen Delirien steht eine geschlossene Reihe von psychischen Krankheitsäußerungen sicher hysterischer Individuen. Wenn es gelingt, dieselben Grundzüge, dieselben Gesetze, die sich aus dem hysterischen Charakter und dem Delir des Anfalles ableiten lassen, auch in jenen Fällen als wirksam nachzuweisen, dann darf man wohl von hysterischen Psychosen sprechen.

Ein anerkanntes Kardinalsymptom der Hysterie ist die Suggestibilität, die Abhängigkeit, Beeinflußbarkeit durch äußere Momente. Man muß also verlangen, daß auch die hysterischen Psychosen sich als beeinflußbar erweisen, als abhängig von der Außenwelt, und diese Abhängigkeit geht sogar sehr weit. Es gelingt nicht nur, bei diesen Patienten einzelne Symptome unmittelbar von Ereignissen des Außenlebens abzuleiten; es ist in glücklichen Fällen sogar möglich darzutun, wie aus Erinnerungen und Vorstellungen, welche den Bewußtseinsinhalt beherrschen, die ganze Psychose herauswächst. Ein weiterer diagnostischer Anhaltspunkt wird aus dem klinischen Verlaufe geschöpft. Die Hysterie ist eine funktionelle Erkrankung; jedes ihrer Symptome ist von Haus aus vergänglich angelegt; es kommt, verschwindet, macht einem ganz anders gearteten Platz, Reizerscheinungen wechseln mit Lähmungen. Es darf als Grundlage des Einzelsymptoms keine bleibende Veränderung im Zentralnervensystem vorausgesetzt werden, keinesfalls ein fortschreitender Prozeß. Dementsprechend ist klinisch zu verlangen, daß die hysterischen Psychosen von begrenzter Dauer sind und niemals in einen Defektzustand übergehen. Ob es nun aber unbedingte Leitsymptome gibt, ob in der verwirrenden Fülle der Bilder, die man der Hysterie zurechnen möchte, äußerlich auffallende Kennzeichen gefunden werden können, welche die klinische Zusammenfassung rechtfertigen und erläutern, inwieweit sich die Hysterie von anderen Geistesstörungen streng abgrenzen läßt, das möge an der Hand der nachfolgenden Beobachtungen gezeigt werden. Vorläufig seien die hysterischen Seelenstörungen definiert als funktionelle Geisteskrankheiten, die aus der hysterischen Persönlichkeit hervorgehen, den Gesetzen der Hysterie gehorchen. Freilich enthält diese Definition eine Unbekannte, die Hysterie respektive die hysterische Persönlichkeit. Dieselbe ist mit kurzen Worten nicht zu erschöpfen; die Gedanken über ihr Wesen werden ein eigenes Kapitel bilden. Es scheint, daß man mit Hilfe von Analogien zu einem gewissen Verständnisse derselben gelangt, wenn man sie auch nicht erklären kann. Klinisch ist ihr viel leichter beizukommen. Die typische Hysterie diagnostiziert jeder Arzt, und die hysterische Persönlichkeit kennen auch jene Autoren, welche ihre Zugehörigkeit zur Hysterie bestreiten möchten. Die Eigentümlichkeiten des hysterischen Charakters sollen zuerst übersichtlich vorgeführt werden, zugleich mit der Begründung, warum man hier von Hysterie spricht.

II. Der hysterische Charakter.

Es wurde oben behauptet, daß die Hysterie im Grunde ihres Wesens eine psychische Erkrankung ist, und diese These gestützt durch den Hinweis auf die Regelmäßigkeit, mit welcher bei Hysterischen gewisse psychische Alterationen beobachtet werden, die eine veränderte Reaktionsweise der Person bedingen und in ihrer Steigerung zu dem führen, was man als hysterischen Charakter bezeichnet. Ob es sich hier um etwas Stetiges handelt, das die einzelnen hysterischen Erkrankungen überdauert, ist eine Frage, welche der Anstaltsarzt allein nicht ganz zuverlässig zu beantworten vermag. Nur Erfahrungen außerhalb der Anstalt geben das Recht des Anschlusses an jene Autoren, welche sagen, daß die hysterische Charakterveränderung wohl zurücktreten, für die Umgebung der Kranken latent werden kann, daß sie aber als etwas Persönliches dem Individuum Zeit seines Lebens zu eigen bleibt. Sie bildet eine Grundlage, auf welcher bei nächster Gelegenheit andere Erscheinungen von Hysterie, körperliche sowohl als psychische erwachsen. Es soll die nächste Aufgabe sein zu zeigen, daß man im hysterischen Charakter alle Elemente wirksam findet, welche der Hysterie zugehören. Indem man diesen Charakter analysiert, seine Gesetze erforscht, tritt man auch dem Wesen der Hysterie näher und arbeitet dem Verständnisse der hysterischen Geistesstörungen engeren Sinnes vor.

Die Abgrenzung sowie die klinische Schilderung der hysterischen Persönlichkeit wird dadurch erschwert, daß sie nur in seltenen Fällen rein zur Beobachtung kommt. Die Hysterie ist zu allermeist die Erkrankung einer degenerierenden Deszendenz; ja es wird gegenwärtig der Satz apodiktisch ausgesprochen, zur Hysterie müsse man geboren sein. Wenn die klinische Erfahrung das auch für einzelne Fälle unwiderleglich beweist, für die übergroße Mehrzahl sehr wahrscheinlich macht, so ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß jene feinen Veränderungen im Zentralnervensystem, welche die hysterische Reaktionsweise desselben bedingen, vielleicht doch auch durch eine Häufung schwerer Affektstürme, durch toxische oder traumatische Einwirkungen zustande gebracht werden können. Ein Kompromiß zwischen diesen beiden Anschauungen ist es anzunehmen, daß die angeborene Veranlagung zur Hysterie unwirksam bleibt und erst durch weitere determinierende Momente zu offenkundigen Krankheitserscheinungen führt. Dieser

vermittelnde Standpunkt soll im folgenden begründet und vertreten werden. Jedenfalls setzt auch diese Auffassung eine angeborene psychopathische Konstitution oder eine in früher Entwicklungszeit erworbene Schädigung des Gehirnes bei allen Individuen voraus, die an Hysterie erkranken; man erwartet also gleichzeitig Äußerungen einer Dégénérescence mentale, durch welche die Hysterie eine mannigfache Komplikation erfährt. Es ist keine leichte Aufgabe, den hysterischen Charakter aus dieser Verkleidung zu lösen und in seiner reinsten Form darzustellen. Am ehesten kommt man zum Ziele, wenn man unzweifelhafte Fälle von Hysterie hernimmt und dieselben jenen Individuen gegenüberhält, die kurzweg Minderwertige, Degenerierte genannt werden. Was haben alle Hysterischen gemeinsam? Was charakterisiert und unterscheidet die Hysterie? Was muß überhaupt vorhanden sein, um Hysterie diagnostizieren zu können?

Die Psychogenie mag an die Spitze gestellt werden, da sie jederzeit die Szene beherrscht. Das erste Auftreten offenkundig hysterischer Symptome wird psychisch vermittelt, ebenso die folgenden Erscheinungen; jeder Wechsel im Symptomenbilde, Besserung und Heilung führen auf Seelenvorgänge zurück. Ihrem Aufbaue nach könnte man die Hysterie, so befremdlich das auch klingt, geradezu eine logische Erkrankung nennen. Zur Begründung dieses Satzes muß gezeigt werden, daß die Äußerungen der Hysterie den Gesetzen normalen psychischen Geschehens folgen, daß sie unlogisch im einzelnen nur erscheinen, solange es noch nicht gelungen ist, den inneren Zusammenhang aufzudecken.

Alle Symptome der Hysterie sind die Antwort auf äußere und innere Vorgänge. Die Abhängigkeit von der Außenwelt ist es, die man Suggestibilität nennt und allgemein als charakteristisch für Hysterie bezeichnet. Anerkannt wird, daß die Krankheitserscheinungen, das ganze Tun und Lassen der Hysterischen unter dem Einflusse der Umgebung steht, mit dem Wechsel der äußeren Reize sich ändert. Allerdings wirkt nicht jeder Reiz und die Reaktion kann verschieden ausfallen; man sagt darum, zufällige Eindrücke bestimmen die Vorstellungen. Das ist indessen nicht richtig, und zwar darum, weil bei genauerer Beobachtung bald eine Gesetzmäßigkeit durchleuchtet, mit welcher unter den zufälligen Eindrücken ausgewählt wird; man lernt verstehen, wie die verschiedenartigen Einflüsse gegenseitig sich modifizieren, kreuzen, aufheben. Diese Gesetzmäßigkeit springt darum nicht gleich in die Augen, weil man ganz einseitig nur die gegenwärtigen äußeren Einwirkungen kontrollieren kann, weil das Treiben der Hysterie ebenso durch Innenvorgänge bedingt wird, die man nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erschließen vermag. Tatsache ist, daß der Ablauf der Krankheit um so verständlicher wird, je eingehender man die Persönlichkeit studiert; es wäre als Ideal zu erstreben, bei vollkommener Kenntnis des Bewußt-

seinsinhaltes den Sieg der einen oder anderen Suggestion voraussehen und damit das ganze Gebaren der Hysterischen im voraus bestimmen zu können.

Wenn auch das Ideal nie zu erreichen sein wird, einfach darum, weil sich der Innenzustand einer Person nur erraten läßt, so darf man doch darauf hinweisen, daß es in glücklichen Fällen tatsächlich nur von dem Grade der Vertiefung in die Gedankengänge der Kranken abhängt, mit welcher Sicherheit man in der Lage ist, die Reaktion auf einen bestimmten äußeren Sinneseindruck vorauszusagen. Man kann an Hysterischen experimentieren; sie arbeiten mit der Zuverlässigkeit eines Mechanismus, wenn man berücksichtigt, daß eine zunächst noch unbekannte Persönlichkeit mitspielt, daß der Kranke unter Mitwirkung innerer Vorstellungsreihen einen empfangenen Reiz umgestaltet.

Es sei beispielsweise an Versuche von Guinon und Woltke erinnert, die bei einer 24jährigen Hysterica durch Vorhalten eines blauen Glases regelmäßig die Halluzination des Bildes ihrer Mutter am blauen Himmel erweckten etc. Nach Wochen und Monaten war immer dasselbe zu erreichen; es hatte sich diese Assoziation gewissermaßen fixiert. Daß aus „blau" Himmel wird, leuchtet jedermann ein: wieso es zur Reproduktion des Erinnerungsbildes der Mutter kam, ist nur vom Standpunkte der Patientin aus verständlich.

Andere Kranke zeigen mehr Initiative, scheinen viel unabhängiger vom Experimentator; wenn man sie genau genug kennt, weiß man, daß der äußere Eindruck nur scheinbar nach dem Belieben des Patienten, in Wirklichkeit jedoch nach der herrschenden, wenn auch unausgesprochenen Gedankenrichtung, nach Lebensweise, Erinnerungen etc. sich umformt. Es geht schließlich so weit, daß man voraussagen kann, die Erweckung einer bestimmten Vorstellung, das Erscheinen des Arztes werde z. B. einen Anfall auslösen. Das alles erfolgt nach Gesetzen, die denen des normalen Denkmechanismus entsprechen. So wie der Gesunde über etwas sich freut oder betrübt, ebenso begründet ist es, wenn die Hysterica Fensterscheiben einschlägt oder halluziniert und, insofern wurde die Hysterie eine logische Erkrankung genannt.

Die Psychogenie tritt dem klinischen Beobachter zunächst als Suggestibilität entgegen. Die Beeinflußbarkeit der Krankheitssymptome wäre als eine wesentliche Eigenschaft der Hysterie zu fordern. Tatsächlich sind nach übereinstimmenden Zeugnissen alle Hysterischen suggestibel. Man darf nicht einwenden, daß nur selten eine Hysterica durch Suggestion geheilt wird. Das hat folgenden Grund: Die Heilungssuggestion des Arztes wirkt von außen und wendet sich gegen die Grundlage der Krankheit, die krankhaften Eigensuggestionen. Da diese stärker sind als die gesunden Vorstellungsreihen der Hysterischen — sonst wäre diese ja nicht krank — so sind sie natürlich auch stärker als die trivialen

Worte eines Fremden, der meist nicht einmal den richtigen Anknüpfungspunkt kennt, um den verwickelten Gedankenknäuel aufzulösen. Trotzdem hat die Suggestionsbehandlung mit und ohne Hypnose in einer überwiegenden Zahl von Fällen die glänzendsten Augenblickserfolge aufzuweisen, namentlich wenn sich der Arzt darauf beschränkt, ein einzelnes Symptom zu eliminieren; aber auch zu Verschlimmerungen und neuen Krankheitssymptomen führt die Suggestibilität der Hysterischen.

Dieselbe drückt sich weiters darin aus, daß diese Patienten in der Regel sehr leicht zu hypnotisieren sind. Eigene Erfahrungen würden dieser leichten Hypnotisierbarkeit geradezu den Wert eines Stigma einräumen. Es ist wiederholt vorgekommen, daß eine vollkommen jungfräuliche Hysterica, die noch in keiner ärztlichen Behandlung gestanden, den minder gebildeten Volksklassen angehörig, also gewiß auch durch Studium und Lektüre unverdorben war, binnen wenig Sekunden in tiefem hypnotischen Schlafe lag und wie ein willenloser Automat den erteilten Befehlen folgte. Ein solcher geradezu verblüffender Anblick scheint nur erklärlich durch die Annahme, die Hypnose liege in dem Gehirnmechanismus dieser Kranken gewissermaßen vorgebildet, sie sei ein latentes Symptom der Krankheit, das jederzeit geweckt werden kann, das gelegentlich in Form eines autohypnotischen, eines somnambulen Zustandes von selbst sich frei macht.

Damit scheint eine Versöhnung aller Theorien über die Hypnose angebahnt. Die Hypnose ist künstliche Hysterie, sagen die einen; Suggestion ist alles, die anderen. Nachdem Suggestibilität eine Grundlage der Hysterie ist, könnte man beinahe sagen, da $a = c$ und $b = c$, so ist auch $a = b$; richtiger die Hypnose einerseits, zahlreiche hysterische Symptome andererseits haben in der Suggestibilität eine gemeinsame Mutter. Die nahe Verwandtschaft wird weiters dadurch bewiesen, daß hinwieder die Hypnose hysterische Erscheinungen auslöst, daß hypnotische und hysterische Zustandsbilder von gleichem Gepräge miteinander abwechseln. Beobachtung XXIV im folgenden wird das Gesagte illustrieren.

Freilich versichern diejenigen, welche Hypnose und Hysterie durchaus trennen wollen, daß alle Menschen oder wenigstens ein Hundert sehr nahe kommender Prozentsatz hypnotisierbar sei. Die so sprechen, müssen wohl ihre Erfolge einem außergewöhnlichen Fluidum verdanken und beweisen dadurch nur, daß alle Menschen bis zu einem gewissen, individuell verschiedenen Grade suggestibel sind. Demgegenüber muß es dem einzelnen Untersucher gestattet sein, die relativen Erfolge und Mißerfolge eigener Tätigkeit zu vergleichen und da konnte in Übereinstimmung mit den weitaus meisten Autoren festgestellt werden, daß ein quantitativer Unterschied in der Suggestionsempfänglichkeit den hysterischen vom nichthysterischen Geistesgesunden sowie Geisteskranken trennt. Was für andere Formen geistiger Störung gilt, gilt auch für die Hysterie; dieselbe ist in verschie-

denen Richtungen aus dem normalen Seelenleben herauszudifferenzieren. Die Steigerung einer in jedem Menschen schlummernden Fähigkeit führt dazu, daß die Hysterischen leichter zu hypnotisieren sind, wenn nicht gerade störende Eigensuggestionen sie veranlassen, gegen die Hypnose Stellung zu nehmen.

Hier wäre anzureihen, daß die Hysterischen auch durch das Traumleben in hohem Grade beeinflußbar sind. Bei der Analyse von Krankheitsfällen ergibt sich nicht gar selten, daß dieses oder jenes Symptom in seiner Genese auf einen Traum zurückgeht. Man hat sich meist damit begnügt, den Zusammenhang damit als vollkommen aufgeklärt zu registrieren; vielleicht ist derselbe aber doch einer näheren Betrachtung wert. Irgendein schreckhafter Traum impressioniert eine Hysterica so weit, daß sie ein Krankheitssymptom unmittelbar an den Gemütseindruck anknüpft. Hier hat der zufällige Traum dem Patienten ein Symptom suggeriert. In anderen Fällen aber, welche für das Verständnis wichtiger sein dürften, setzt der hysterische Denkmechanismus auch in dem oberflächlichen Schlafe fort. Die letzte Zeit wird in neuen Kombinationen durchlebt; es ist möglich, daß hier Krankheitserscheinungen logisch auf demselben Wege entstehen, auf dem sie sonst im sogenannten Unterbewußtsein des wachen Menschen sich bilden. Der Traum einer Lähmung und die Vorstellung einer Lähmung erwachsen auf demselben Boden; nebeneinander entspringen sie demselben Bewußtsein nach bestimmten Gesetzen. Man glaubt ja auch nicht mehr, daß alle Träume blinder Willkür und nur dem Zufall gehorchen. Freud ist es gelungen, in ganz überzeugender Weise darzutun, daß gerade im Traume das un- respektive unterbewußte Seelenleben sehr vernehmlich sich ausspricht, daß uneingestandene Wünsche und Gedanken in fast unkenntlicher Verkleidung zum Inhalte von Träumen werden oder, wie vielleicht hinzuzufügen ist, werden können. Die Träume sind nur eine andere Form, eine Verkleidung der Autosuggestion.

Auf Suggestibilität läßt sich ferner die Leichtgläubigkeit der Hysterischen zurückführen. Daß eine schwachsinnige Hysterica einer fremden Meinung sich subordiniert, würde nicht wundernehmen; pathognomonisch und erklärungsbedürftig wird aber der Verzicht auf eigenes Urteil, wenn er mit einer sonst hochentwickelten Intelligenz auffällig kontrastiert. Hier werden Assoziationen kritischer Natur durch Suggestion und Autosuggestion zurückgedrängt, so daß man von einer Einengung des Bewußtseins gesprochen hat und das Verhalten der Kranken am besten versteht, wenn man als Analogie die Hypnose heranzieht. Wie das Medium dem Hypnotiseur, so fügen sich die Hysterischen einer fremden Meinung, wenn sie den Betreffenden als Autorität anerkennen oder wenn das Behauptete mit ihren vielleicht krankhaften Gedankenketten in gute Verbindung zu bringen ist. Dann glauben sie allen Gegengründen zum Trotz fest und unerschütterlich, verteidigen oft eine verlorene Festung mit bewunderungs-

würdiger Hartnäckigkeit. Es nützt gar nichts, auf das Zeugnis der Sinne hinzuweisen. Die hysterischen Patientinnen verhalten sich da wie Geisteskranke überhaupt, die einen Wahn verteidigen. Nur eine innere Revolution kann den Götzen von heute stürzen und eine Hysterica zum Nachgeben bringen. Dieses Verhalten ist eine Steigerung der normalen weiblichen Gedankenrichtung, die sich ihre Überzeugung aus Wünschen, Hoffnungen, Glaubensmotiven aufbaut und auf irgendeine Autorität des Tages schwört. Wie schon bemerkt, geht der hysterische Charakter aus physiologischen Eigentümlichkeiten durch Weiterbildung hervor. Man sieht an diesem Detail, wie weit die weibliche Psyche schon de norma der Hysterie entgegenkommt; man begreift, warum der hysterische Charakter in seiner schönsten Ausprägung vorwiegend bei weiblichen Individuen beobachtet wird.

Die hysterischen Patientinnen haben eine fremde Überzeugung scheinbar zufällig angenommen, sie machen sie zu der ihrigen. Die Art, wie sie dieselbe nun vertreten, wie sie jedem Einwand widersprechen, wie sie an anderen Erkenntnissen achtlos vorübergehen oder, was noch häufiger ist, ihnen in blindem Widerspruchsgeist opponieren: das macht den Eindruck des Eigensinnes. Die Wahl der Stellungnahme zur Außenwelt, die nach inneren Gesetzen erfolgt, wird nur verständlich, wenn man auf Innenvorgänge rekurriert, auf unausgesprochene Gedankenketten, die, von starken Gefühlen getragen, das Bewußtsein beherrschen, Harmonierendes anziehen, Widersprechendes abstoßen, kurz Autosuggestionen. Diese tyrannisierenden Vorstellungsreihen bewirken, daß es für Hysterische im ausgesprochensten Maße keine objektive Wahrheit gibt, sondern nur eine subjektive. Diese Kranken halten das Unglaublichste für wahr mitunter gegen alle bisherigen Erfahrungen; sie verzichten lieber auf letztere; sie ändern das, was sie als ihre Überzeugung äußern, auf Grund innerer Vorgänge, ohne diesen Gesinnungswechsel zu erklären, zu begründen oder auch nur zuzugestehen; sie fälschen ihre Erinnerungen, erfinden oder glauben ganz frei: sie lügen.

Die Suggestibilität führt aber noch weiter, nämlich zu direkter psychischer Infektion auf dem Wege der Nachahmung, der bewußten und unbewußten respektive halbbewußten Simulation: ein Moment, welches dem Verständnisse keine geringen Schwierigkeiten bereitet. Es ist nur ein schönes Bild, ein Wortspiel, wenn man diese Simulation eine passive nennt, und das hysterische Bewußtsein mit einer photographischen Platte vergleicht, die einen äußeren Eindruck aufnimmt. Dieser Eindruck muß ja noch aktiv in Bewegungs- oder Ausfallserscheinung umgesetzt werden. Wie kommt es, daß eine Hysterica, welche einen komplizierten Krankheitsfall beobachtet, denselben hartnäckig und mit großer Anstrengung für sie selbst durch lange Zeit kopiert, allen therapeutischen Versuchen widerstrebt, daß sie sich selbst den größten Unannehmlichkeiten aus-

setzt, um etwas vorzutäuschen, wogegen das natürliche Gefühl sonst sich empört?

Die gesteigerte Suggestibilität läßt die Hysterischen durch Eindrücke ihrer Umgebung so weitgehend affiziert werden, daß diese Vorstellungen zur Herrschaft gelangen und den ganzen übrigen Bewußtseinsinhalt schlagen. Man denke an das Kampfspiel widerstrebender psychischer Elemente. Gewissermaßen von der ordnenden Kette losgelöst, ringen die disparaten Gedankenreihen nach Geltung; immer bleiben in dem Kampfe die jeweils stärksten und affektbetontesten siegreich. Der Krankheitszustand einer Nachbarin hat auf die Hysterica einen ungewöhnlich tiefen Eindruck gemacht. Sie selbst fühlt sich als Patientin; dieselben Krankheitserscheinungen überwältigen sie, ohne daß das Bewußtsein zu einer Korrektur dieses Verhaltens käme. Inwiefern hier eine Analogie sowie eine direkte Ableitung des Krankhaften, Hysterischen aus dem Seelenleben normaler Menschen möglich, sei im Zusammenhange für jenes Kapitel aufgespart, wo der Mechanismus der Hysterie studiert werden soll.

Nur ein Moment sei jetzt schon hervorgehoben. Allen Hysterischen ist eigen eine gesteigerte Aufmerksamkeit auf das liebe „Ich“, die schon an sich zu Krankheitsgefühlen, eventuell zu Krankheitsillusionen führt und die Individuen von ihrer Krankheit überzeugt. Die Liebe zum Ich und die Angst vor Erkrankung sind recht weitverbreitete Eigenschaften: den meisten Medizinern ist aus ihrer Studienzeit her wohl bekannt, daß diese überwältigenden Gefühle sich sogar einen Gedankeninhalt zu schaffen vermögen. Hier fließt die Norm in die Hypochondrie über. Die Hysterie besitzt eine hypochondrische Komponente, sie geht aber weiter. Es werden Krankheitserscheinungen vom Bewußtseinsorgane her geschaffen. Von Simulation pflegt man nur zu sprechen, wenn eine Täuschung vorliegt, die ihrer Mittel sowohl wie ihrer Zwecke sich voll bewußt ist. Bei der Hysterie gibt es Symptome, die vom Zentralorgan ausgehen, den Gesetzen bewußten Denkens, darum auch den Gesetzen der Simulation folgen, die wie Simulation aussehen; wo aber dennoch sozusagen, in gutem Glauben, im Unterbewußtsein simuliert wird.

Wie überwiegend die Zahl dieser Fälle sei, ist eine Frage, die von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet wird. Man hat eine förmliche „Ehrenrettung“ der Hysterie versucht. Indes liegen zahlreiche Geständnisse von Hysterischen vor, in anderen Fällen ist es wahrscheinlich, daß die Kranken höchst überlegt und bewußt einzelne körperliche oder psychische Symptome, die sie irgendwo gesehen, erfahren oder kombiniert haben, vortäuschen. Das krankhafte Handeln kommt hier den Patienten sehr gut zum Bewußtsein; der Antrieb zur Handlung ist das pathologische, das hysterische. Er wird erzeugt durch das Übergewicht krankhafter Vorstellungen. Die Anregung zur Lüge erfolgt dort, wo die Krankheit Selbstzweck ist, insofern sie dem Individuum direkt Vorteil bringt oder

wo der Patient unangenehmen Dingen, Situationen, denen er nicht gewachsen ist, ausweicht. Einzelne Fälle traumatischer Hysterie (Unfallsrente) und von Hysterie bei Untersuchungshäftlingen liegen in dieser Beziehung ganz klar. Hier könnte auch ein nicht-hysterisches Individuum versucht sein zu simulieren; die Folgerichtigkeit des pathologischen Schwindelns ist dem gesunden Bewußtsein ohne weiteres verständlich.

Die Hysterischen simulieren aber auch, ohne daß man einen Grund dafür herausfinden kann. Kritische Überlegung sträubt sich geradezu, einen Zweck der Simulation anzuerkennen und dennoch lehrt das genauere Studium konkreter Fälle, daß simuliert wird. Manchmal ist die Hysterica so aufrichtig und gesteht selbst; natürlich ist die Begründung der Kranken nicht immer stichhaltig; die wahren Motive müssen erst erschlossen werden. Bei einzelnen Patientinnen, deren Krankengeschichten im folgenden in extenso mitgeteilt sind, wird sich das Motiv der Versorgungsbedürftigkeit, „die Spitalsschwester“, demonstrieren lassen; anderemale möchte man glauben, als ob die Hysterischen nur simulieren, um das Interesse des Arztes, der Umgebung festzuhalten und zu steigern, um einer Rivalin unangenehm zu werden oder dgl. Nachdem Simulation und Krankheit hier fließend ineinander übergehen, die erstere ja nur ein Symptom der Krankheit darstellt, mag es gestattet sein, einen etwas allgemeineren Begriff heranzuziehen, der in der Hysterie, wie scheint, überhaupt eine große Rolle spielt: es ist der Krankheitswille. Die Überzeugung krank zu sein setzt sich um in den Willen krank zu sein und dieser beherrscht den Vorstellungsinhalt der Hysterischen. Unter seinem Einflusse entwickelt die Suggestibilität eine große Zahl konkreter Zustandsbilder. Die Kranken beobachten die Wirkung ihrer Krankheit auf die Umgebung und diese Erfahrungen wirken wieder suggestiv auf die Patienten zurück, wie man dies alle Tage feststellen kann. Im Sinne der Hysterie gesprochen, ist das Übertreiben und Schwindeln für das Individuum förderlich; erreichen die Kranken einmal, was sie wollen, so wächst ihre Beharrlichkeit mit der Größe des Erfolges. Ins Ungemessene gesteigert wird die pathologische Schwindelei bei jenen Formen degenerativer Veranlagung, wo eine Gedächtnisstörung als Pseudologia phantastica schon von Haus aus besteht, wo eine pathologische Schwindlerin hysterisch wird. Um Mißverständnissen vorzubeugen, sei hier gleich betont, daß Simulation in dem weiten Sinne, wie sie hier aufgestellt wird, nur ein Symptom der Hysterie ist, daß es Fälle gibt, bei welchen die Neigung zum Täuschen nur als Übertreibung angedeutet erscheint. Die Neuropsychose kann an ein organisches Leiden anknüpfen; es werden dann wirklich vorhandene Symptome in hysterischer Weise gesteigert und unterstrichen. Andererseits findet man Fälle von Hysterie, wo Simulation zurücktritt, vielleicht vollkommen fehlt; doch gehört sie zu den charakteristischen Zügen des Leidens und besonders bezeichnend ist eine

Mischung greifbarer Krankheitserscheinungen, solcher, die den Eindruck des Simulierten machen, endlich bewußt berechnender Täuschung.

Und noch eine Charakterabnormität der Hysterischen läßt sich auf das Spiel der Suggestionen zurückführen, das ist die Sprung- und Launenhaftigkeit. Man darf nicht vergessen, daß die ausgesprochenen wie die unausgesprochenen Vorstellungsreihen dieser Kranken in einem steten und lebhaften Flusse begriffen sind; ein Wechsel der von den grundlegenden Vorstellungen abgeleiteten sekundären Reihen gehört zur Regel, insofern die Einwirkungen von außen, die Assoziationstätigkeit von innen den Kampfwert der einzelnen Glieder unaufhörlich beeinflussen. Indem unvorbereitet einmal Innenvorgänge neben den äußerlich motivierten Gedankenreihen nach außen sich durchringen, entsteht die für Hysterie so charakteristische Mischung von Eigensinn und launischem, widerspruchsvollem Wesen, das sich in allen Beziehungen bemerklich macht.

Auch auf das Gefühlsleben erstreckt sich die Suggestibilität. Fast noch leichter als Vorstellungen übernehmen die Hysterischen Gefühlstöne aus der Umgebung. Die Patienten sind außerordentlich impressionabel. Bestimmte, nicht zufällige Gemütseindrücke wirken lange und nachhaltig; auch wenn man äußerlich nichts mehr wahrnimmt, spinnen sich Gefühlsreihen fort, welche viel unmittelbarer als Vorstellungen in Krankheitserscheinungen sich umsetzen.

Soweit das Handeln der Hysterischen auf Suggestibilität sich aufbaut, ist es dem gesunden Bewußtsein vollkommen verständlich. Man erfährt von den psychischen Prozessen, welche einer Willensäußerung vorangehen, in den meisten Fällen erschließt man sie. Die Kranken benehmen sich wie gesunde Menschen, soweit ihre Voraussetzungen bekannt sind; sie bieten Krankheitserscheinungen, soweit unausgesprochene, meist nur gefühlte Momente Gegenmotive gegen ein normales Tun abgeben.

Wie die Erkrankung auf dem Wege der Autosuggestion erfolgte, wie die äußeren Einwirkungen nach gewissen Gesetzen in körperlichen und seelischen Störungen sich äußern und den Verlauf bestimmen, so tritt auch Heilung ein durch eigene oder fremde Suggestion. Daß es aber zum entscheidenden Willen kommt, gesund zu werden, das hängt nicht von dem bewußten Willen des Individuums ab. Dieser wird ja niedergehalten durch kontrastierende Vorstellungs-, vielmehr Gefühlsgruppen. Solange die Hysterica krank ist, so lange werden unter allen Einflüssen, welche von außen wirken, nur jene aufgenommen respektive bevorzugt, welche der Krankheit, dem Gefühle der Krankheit entsprechen. Dieser beherrschenden Vorstellung ordnen sich alle anderen unter. Und viel von dem Unbegreiflichen, was die Hysterischen denken, fühlen und tun, geschieht zu dem Zwecke, die Krankheit sich selbst und der Umgebung möglichst lebhaft vor Augen zu führen. Die Hysterie ist krank, so lange sie krank sein will, aber sie ist unfähig, anders zu wollen,

ehe nicht durch die Minierarbeit gesunder Vorstellungsgruppen oder durch revolutionierende Einwirkungen die Macht des beherrschenden Krankheitswillens gebrochen wird.

Bis nun wäre die Hysterie auf den Begriff der gesteigerten Suggestibilität aufgebaut; doch erschöpft diese die Hysterie nicht. Es erübrigt noch eine große Reihe krankhafter Momente, die auf Störungen tieferen Sitzes hinweisen. Vielleicht ist die pathologische Bestimmbarkeit in krankhaftem Sinne nur Teilerscheinung einer weitgehenden seelischen Disharmonie; es wäre dann möglich, alle Störungen der Hysterie unter diesen einen freilich sehr unbestimmten Begriff zusammenzufassen, dessen Gesetze analytisch erforscht werden müßten, um die Hysterie von anderen Seelenkrankheiten trennen zu können.

Die Aufgabe, der hysterischen Persönlichkeit auf psychologischem Wege beizukommen, ist fast unlösbar, weil die Krankheit selbst die Äußerungen der Kranken beeinflußt und man nur auf Umwegen zu einer Vorstellung über die wahren Innenvorgänge gelangt. Darüber in einem späteren Kapitel. Hier sollen Eigentümlichkeiten verzeichnet werden, welche nach außen in Erscheinung treten.

Auf den ersten Blick möchte man glauben, daß im Seelenleben der Hysterischen völlige Anarchie herrsche, wenn man sieht, wie vielseitig und tiefgreifend alle psychischen Elementarvorgänge gestört sein können. Abweichungen finden sich eigentlich überall, nach welcher Richtung hin man auch analysieren mag. So werden beobachtet Störungen in der Perzeption äußerer Eindrücke, solche in der Apperzeption, ein Mißverhältnis zwischen den einzelnen Komponenten eines Bewußtseinsaktes, zwischen Erregung und Reaktion in qualitativer und quantitativer Hinsicht; außergewöhnliche Affekte, widersinnige Handlungen, ein weitreichender Einfluß der assoziativen Tätigkeit des Bewußtseins auf den Körper und auf das Seelenorgan selbst, so daß als Antwort auf einen Reiz Krankheitserscheinungen zustande kommen. Es scheint, als ob im hysterischen Individuum körperliche und Seelenstörungen schlummerten, die nur auf einen Ruf warten, der sie zum Leben erweckt. Trotz dieser Verzerrung des psychischen Geschehens bleibt wunderbarerweise eine Gesetzmäßigkeit in allem erkennbar. Die Hysterie karrikiert ein normales Seelenleben. Während dieses im sicheren Geleise fortschreitet, trifft die Hysterie mit Kreuz- und Quersprüngen neben das Ziel, ohne sich doch ganz zu verlieren.

Viele der formalen Störungen im Ablaufe psychischer Prozesse werden nur vorgetäuscht. Man empfängt den Eindruck, als ob der Zusammenhang sukzessiver Vorstellungsreihen gestört wäre; doch gelingt es z. B. nachzuweisen, daß der Gang der Ideenassoziation durch eingeschobene überwertige Vorstellungen, etwa die der Krankheit, behindert wurde. In anderen Fällen lösen sich von Auto- und Fremdsuggestionen sekun-

däre Vorstellungen ab und legen sich zwischen den geordneten Gedankengang; wieder anderemale mischt sich eine überwuchernde Phantasietätigkeit ein, ohne daß dies alles die Folgerichtigkeit des hysterischen Denkens zu erschüttern vermöchte, wenn auch im einzelnen die Hysterischen zu anderen Ergebnissen kommen wie die Gesunden. Als letztes, aber nicht hoch genug zu veranschlagendes Störungsmoment beobachtet man das Hineinspielen von Affekten. Diese abnorm leicht ausgelöst, qualitativ und quantitativ in Dissonanz zum auslösenden Reize, greifen ihrerseits in den Assoziationsvorgang ein, indem sie harmonierende Vorstellungen heben und verstärken, kontrastierende zurückstoßen. So erklären sich Übertreibungen und Widersprüche in den hysterischen Urteilen, ohne daß ein logischer Defekt bestehen würde. Störungen der Intelligenz komplizieren die Hysterie, die sich sowohl bei geistig hochstehenden wie bei schwachsinnigen Individuen findet; häufiger allerdings bei letzteren. Dann trifft man natürlich Urteilsschwäche, die aber der Hysterie selbst nicht eigen ist. Ja in den Äußerungen der Kranken überrascht oft die große Findigkeit und Schlauheit.

Tief ist meist das ethische Niveau. In dem Maße, als die Krankheitsvorstellung herrschend wird, verblassen die altruistischen Gefühle, schränkt der Kreis der Interessen wesentlich sich ein; nur was das eigene Ich betrifft, wird berücksichtigt. In dieser kleinen Welt stehen die Kranken im Mittelpunkte; sie sind egozentrisch. Andererseits haben sie die Neigung den Kreis zu erweitern, aber nur, indem sie neue Beziehungen zum herrschenden Ich schaffen. Auch hier berührt sich die Hysterie wieder mit einer physiologischen Eigentümlichkeit. Jeder Mensch hat den Wunsch, beachtet zu werden; er strebt und kämpft, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Pathologisch ist das Maß, mehr allerdings noch die Art, in welcher die Hysterischen sich geltend machen, indem sie gerade in den Äußerungen ihrer Krankheit das Mittel dazu finden. Es scheint Folge ihrer Schwäche zu sein, daß sie nur passive Rollen zu spielen vermögen.

Nur noch wenige Worte über die Unordnung im Gebiete des Gefühlslebens. Man beobachtet außergewöhnlich lebhafte Affektäußerungen, weit über das Physiologische hinausgehende Gefühlsstürme bei geringer Dauer der Beteiligung des Gemütes. Nicht nur, als ob die Hemmungen fehlten, man gewinnt geradezu den Eindruck, als ob die Bahnen für die Affekte besonders leicht ansprechen. Die Hysterischen gelten als äußerliche Menschen, die ihr Ich, zwar nicht das wahre, dafür ein um so aufdringlicheres, zur Schau tragen.

Durch die Behinderung im assoziativen, kritischen Denken, durch die Verirrungen der Gefühle, durch die qualitative und quantitative Störung der Umsetzung von Reflexion in Willensimpuls wird auch das Treiben der Hysterischen leidenschaftlich, inkonsequent pathologisch.

Und da noch obendrein die Reflexerregbarkeit als gesteigert bezeichnet werden muß, so sinkt es vielfach auf die Stufe eines Reflexes herab. Natürlich kommt die Unordnung des psychischen Lebens im Handeln am klarsten zum Ausdruck, während der raisonnierende Verstand mit einer logischen Begründung auch des verkehrten und unsinnigen Tuns gerne nachhinkt.

Die hier dargelegten Grundzüge der Hysterie lassen sich als abnorme Beeinflußbarkeit im Sinne des Krankheitswillens, als Reizbarkeit und Schwäche, als Perversion und Dissoziation der seelischen Prozesse innerhalb bestimmbarer Grenzen zusammenfassen.

Alle diese Elemente sind aus Fällen unzweifelhafter Hysterie abstrahiert; sie führen in ihrer Steigerung zu spezifischen Psychosen, sie wirken in abgeschwächter Form im Dauerzustande des hysterischen Charakters, dessen Grundzüge durch die obigen Ausführungen eigentlich schon gegeben sind. Aus ihm guckt überall die Hysterie hervor, auch wenn das Individuum dank eines besonneneren Verhaltens noch nicht als geisteskrank im strengen Wortsinne erscheint, sozial möglich ist, wie die überwiegende Mehrzahl aller Hysterischen. So einheitlich aber auch die Grundzüge des hysterischen Charakters sind, so schwierig wird es, das klinische Bild desselben zu entwerfen, da die individuelle Note bei der Hysterie noch deutlicher in die Augen springt als bei anderen Geisteskrankheiten. Die Persönlichkeit ist respektive wird hysterisch, d. h. ihre individuellen Charakterzüge erfahren eine Weiterentwicklung und Steigerung nach dem Hysterischen hin. Demgemäß scheint es kaum möglich, eine Schilderung zu versuchen, die für eine größere Anzahl von Fällen gilt; nicht die Einzelsymptome sind beweisend, sondern nur der Aufbau des ganzen. Immerhin läßt sich aus einer Reihe von Beobachtungen etwas abstrahieren, ein Typus dessen, was man hysterischen Charakter nennt und vom Charakter des Normalmenschen unterscheidet; ein Mosaik, aus vielen kleinen Zügen zusammengesetzt. Einzelne können fehlen, kaum angedeutet sein, die vorhandenen sich in verschiedener Weise gruppieren. Es soll im folgenden unternommen werden, gewissermaßen ein Idealbild hysterischen Charakters zu zeichnen.

Am wenigsten einheitlich ist das äußere Verhalten der Hysterischen; fast möchte man sagen, alle vier Temperamente sind hier vertreten: man trifft Choleriker, Sanguiniker, viel häufiger freilich Melancholiker; die Phlegmatiker sind mehr schwerfällig als ruhig. Gewöhnlich wechselt Trägheit mit gesteigertem Bewegungsdrang. Wenn die Hysterischen sich äußern, stößt man auf Störungen der Verstandes- und Gedächtnisfunktion. Das Denken geschieht sprunghaft, die Kranken flammen unvermutet in heller Begeisterung auf, kühlen sich ebenso schnell ab. Ein neuer Gegenstand erregt ihr Interesse; dasselbe kann lange festgehalten werden anderemale wird eine Nachricht, eine Erkenntnis von vornherein abgelehnt.

Die Patienten sind unberechenbar; es gibt bei ihnen nach dem alten Worte Sydenhams nichts Konstanteres als die Inkonstanz. Die rasch geweckte Aufmerksamkeit hält nicht vor: die wenigsten Hysterischen vermögen sich soweit zu konzentrieren, daß sie fremden Gedankengängen durch einige Zeit folgen würden, wenn sie andererseits auch wieder an einer Vorstellungsreihe kleben. Irgendein Ereignis, das einen Eindruck auf sie gemacht, bringen sie nicht mehr aus dem Bewußtsein; sie beschäftigen sich so intensiv damit, daß die Sinneswahrnehmungen gestört sein können. Es wird von Kranken berichtet, welche zum Lesen einer Druckseite eine Stunde und mehr brauchten. Dementsprechend muß die Merkfähigkeit herabgesetzt sein; gelingt es aber, das Interesse, welches meist auf einen engen Vorstellungskreis beschränkt ist, zu fesseln, dann überraschen einzelne Gedächtnisleistungen. Indessen pflegen die Hysterischen auch kleine Geschichtchen ungenau wiederzugeben, gar erst, wenn ihr eigenes Ich dabei in Frage kommt. Unterstützt wird die Neigung zu Erinnerungsfälschungen durch eine mangelhafte Kritik; die Patienten können nicht unterscheiden zwischen Tatsache und Traum, zwischen Wirklichkeit und Phantasie, zwischen Gehörtem und Einfällen. Dadurch verwickeln sie sich in Widersprüche. Bald nehmen sie irgendeine Mitteilung überzeugt auf, dann setzen sie Tatsachen den hartnäckigsten Unglauben entgegen, kritisieren, nörgeln, disputieren mit größter Leidenschaftlichkeit, ohne verständlichen Zweck. Man sieht bald, daß sie vorgefaßte Meinungen vertreten, nach Äußerlichkeiten, Stimmungen, zufälligen Nebenumständen urteilen, auf das Wesen einer Sache gar nicht eingehen. Eine besondere Neugier bekunden sie nach persönlichen Erlebnissen, womöglich Skandalgeschichten vom lieben Nächsten. Am allermeisten aber verweilt ihr Interesse bei der eigenen Persönlichkeit. Alle Hysterischen sind rücksichtslose Egoisten, die den Zuständen des Ich die höchste Aufmerksamkeit entgegenbringen und es nie verzeihen, wenn man ihnen nicht die Beachtung schenkt, die von ihnen für notwendig gehalten wird. In diesem Bestreben sind sie ebenso hartnäckig als erfinderisch. Sie lassen keine Gelegenheit verstreichen, sich herauszuputzen, und wenn das im ausgefahrenen Geleise nicht gelingt, so treten sie aus der übrigen Menschheit heraus, durch gesuchte Originalität, durch Widerspruch, indem sie das loben, was andere tadeln, das schön finden, was anderen unerträglich erscheint. Insofern das Ich in den Vordergrund der Ereignisse rückt und die Tatsachen sich dem nicht fügen wollen, so emanzipieren sie sich von den Tatsachen. Fakten haben nicht stattgefunden, d. h. sie werden vergessen, soweit sie den Kranken unangenehm sind, sie werden ausgeschmückt und dem neuen Gesichtspunkte angepaßt eventuell ganz frei erfunden.

Unstetigkeit, Gedächtnisstörungen und Egozentrizität mindern die tatsächlichen Leistungen der Hysterischen, ohne daß man bei den schlagfertigen Antworten der oft poetischen Ausdrucksweise dessen gewahr

würde. Immerhin verfügen viele dieser Patienten über eine ausgezeichnete Bildung, mit der sie gerne prunken. Andererseits täuscht ihre lebhafte Phantasie, die sie manchmal von der Außenwelt abzieht und ganz verträumt erscheinen läßt, ein nicht vorhandenes Wissen vor.

Dieses Wissen spielt überhaupt eine geringere, das Glauben dafür eine um so größere Rolle. Die meisten Hysterischen sind sehr fromm. Sie brauchen eine Autorität, jemanden, dem sie sich anschließen, zu dem sie aufblicken können. Wenn sie von der Welt nicht verstanden und verkannt werden, so finden sie im Glauben eine feste Stütze, in himmlischen Personen, in ihrem speziellen Schutzheiligen einen zuverlässigen Patron, in der seelischen Vereinigung mit diesem eine Befriedigung, welche ihnen die Erde versagt. Die Kranken rühmen sich ihrer Beziehungen zum Himmel, ja sie spielen sich auf die Heiligen hinaus, besonders dann, wenn sie gleichzeitig ethische Defekte zu verbergen haben. Wenn ein Glaube nicht genügt, so kombinieren sie auch mehrere. Mir ist eine Anzahl solcher Patientinnen mosaischer Konfession bekannt, die den christlichen Heiligenkultus mit abergläubischer Bilderverehrung zum alten Testamente hinzunehmen, welche Moses und die heilige Maria an einem Bande auf der Brust tragen; eine dieser Jüdinnen pilgerte sogar nach Lourdes. In der Regel ist die Frömmigkeit allerdings erst auf ihrer Höhe, nachdem das Leben eine Reihe von Enttäuschungen gebracht hat; sie kann wieder aufgegeben werden, wenn sie ihren Zweck verfehlt; und vorübergehend füllen auch Symbole irdischer Glückseligkeit, Briefe, Andenken an eine teure Person, den stets leeren und unbefriedigten Platz im Herzen aus.

Das leitet schon zum Empfindungs- und Gefühlsleben der Hysterischen hinüber. Hier trifft man die Kardinalsymptome der Hysterie. Es ist bekannt, daß bei diesen Kranken Anomalien der Sinnesempfindungen ganz regelmäßig gefunden werden. Herabsetzung, Steigerung, Perversität der Empfindungsqualitäten. Die Patientinnen verlieben sich in die schrecklichsten Gerüche, tragen die grellsten Farben, machen ein erfreutes Gesicht bei traurigen Anlässen und umgekehrt. Sie sind dabei des Widerspruches sich bewußt, der sie über die Menschheit erhebt. So eine Hysterica erzählt jedermann mit tiefinnerer Befriedigung, daß sie bei einer Trauung dem neuvermählten Paare ihr Beileid ausdrücke, während sie bei Begräbnissen den Angehörigen der Verstorbenen zu gratulieren pflege. In dieselbe Kategorie gehören die Sympathien und Antipathien, mit denen diese Kranken Fremden entgegentreten; Empfindungen, die unmotiviert entweder flüchtig zurückgenommen oder zähe festgehalten werden. Die Hysterischen haben auch ein merkwürdig feines Gefühl für ihresgleichen. Ist auf einer psychiatrischen Abteilung eine größere Zahl solcher Patientinnen beisammen, dann entwickeln sich die regsten persönlichen Beziehungen; es werden Intriguen mit oder

gegeneinander gesponnen, die besten Freunde von heute sind morgen Todfeinde fürs ganze Leben. Geradezu überraschend ist es, wenn eine neue Hysterica ankommt und aus der großen Zahl von Kranken ihre vielleicht einzige Kollegin sofort mit untrüglichem Blicke herausfindet, trotzdem sie sonst vielleicht ganz blöde erscheint.

Am auffallendsten sind aber die unmotivierten Gefühlsexzesse, die maßlose Übertreibung der Ausdrucksbewegungen, deren sich die Hysterischen befleißigen. Das psychische Gleichgewicht ist dabei nicht so arg gestört wie man auf den ersten Blick glauben möchte. Als Grundstimmung klingt immer wieder durch eine nur schlecht verhehlte Unzufriedenheit mit sich selbst oder vielmehr mit der bösen Welt, welche auf die Kranken und ihr schweres Leiden nicht die gebührende Rücksicht nimmt. Daneben besteht ein heißes Verlangen nach Lebensgenuß und Glück, das zwar selten eingestanden wird, aber doch aus dem ganzen Gebaren der Patienten hervorleuchtet. Unvermittelt kann die zur Schau getragene Stimmung schwanken zwischen Verzweiflungsausbrüchen und Heiterkeit, Tränenergüsse wechseln mit Lachkrämpfen. Die ganze Skala der Empfindungen wird in kürzester Frist durchmessen, ohne daß die Affekte an entsprechende äußere Reize anknüpfen. Man sieht maßlose Ausbrüche oder perverse, aber auch gar keine Reaktion auf einen bestimmten Anlaß, so daß die Stimmungen demjenigen, der den Schlüssel zum Bewußtsein der Kranken nicht hat, ganz unverständlich bleiben.

Höherer, ethischer und altruistischer Empfindungen sind die meisten Hysterischen nur in beschränktem Maße fähig; auch wenn ihr Mund von salbungsvollen Worten überfließt, straft ihr Handeln sie Lügen; der Egoismus kommt doch zum Durchbruche. Es ist nur scheinbar ein Widerspruch zu dem Gesagten, wenn eine Hysterica einmal auf Grund eines plötzlichen unvermittelten Entschlusses schwere persönliche Opfer bringt, mit Einsetzung ihres ganzen „Ich“ eine schwierige oder gefährliche Aufgabe durchführt. Derartige Anwandlungen heischen um so dringender Komplimente von seiten der Mitwelt. Für manche Fälle muß man indes annehmen, daß die Hysterica zur Selbstaufopferung durch die Krankheit getrieben wird. Nachdem ein tolles Zerstreuen wirkungslos geblieben, versuchen solche Patienten die innere Unbefriedigung, ihren Weltschmerz durch Werke der Barmherzigkeit und des Wohltuns zu lindern; die Unmöglichkeit, die ihnen vom Leben gestellten Aufgaben zu lösen, verweist sie auf den so dankbaren Beruf, Almosen zu spenden, Kranke zu pflegen oder was leichter ist, mit ein paar freundlichen Worten zu trösten. Der Äußerlichkeit der Hysterie entsprechend, ist selbst hier der Schein mehr als die Wirklichkeit. Namentlich das gewisse geräuschvolle Wirken im Dienste einer modernen Idee, das dem Individuum obendrein keine großen Lasten auferlegt, ist eine ihrer Lieblingsbeschäftigungen. Am

billigsten kommt Seelenrettung zu stehen und zahlreiche hysterische Fromme sind da am Werke.

Aber selbst wenn tiefere Beweggründe, der Wunsch, ihr Inneres zu übertäuben, zu altruistischen Handlungen treiben, die Anerkennung ihres Tuns vermissen die Hysterischen ungern; sie wollen in den Vordergrund geschoben werden. Wenn positive Leistungen dazu nicht ausreichen, so dienen die pathologischen Charakterzüge diesem Zwecke, und perverse Empfindungen, Gefühlsstürme werden zum Mittel, durch welches die Patienten erhöhte Rücksichtnahme von seiten der Umgebung erzwingen. Am entschiedensten natürlich wirken Krankheitssymptome und seien sie auch nur subjektiver Natur, wenn sie überzeugend genug vorgetragen werden. Die nächste Umgebung muß sich in unglaublicher Weise tyrannisieren lassen, die Kranken kennen nur Rechte, keine Pflichten; Fernerstehende werden als dankbares Publikum durch abenteuerliche Schilderungen gefesselt, zu Zeugen angerufen, wie man die Patienten vernachlässigt. Die Krankheit, die interessanten Sensationen und ungeheuren Schmerzen schreien nun nach Behandlung. Wenn alles die Geduld verliert, die Ärzte zwingt schon ihr Beruf, sich den Leidenden zu widmen. Hauptsächlich ist es wohl der Wunsch nach ärztlicher Bestätigung ihrer hypochondrischen Klagen, der die Hysterischen zu den ärztebedürftigsten aller Patienten macht. Das Gefühl der Schwäche und Hilflosigkeit, vielleicht ein äußerer Zwang, bringt sie in völlige Abhängigkeit von einem bestimmten Arzte, den sie mit ihrem Vertrauen beglücken oder sie wechseln die Träger berühmter Namen, um damit renommieren zu können, daß ihnen überhaupt nicht mehr zu helfen sei. Demgegenüber pflegt auch der Umgebung aufzufallen, daß die Kranken selbst eigentlich am wenigsten unter ihren Krankheitserscheinungen leiden, daß sie immer auf ihren Vorteil bedacht bleiben, jedes Vergnügen bis auf das äußerste auszukosten verstehen; man kann beobachten, daß eine an beiden Beinen gelähmte Hysterica am Klavier einen flotten Walzer spielt, sich prächtig mit dem Arzte unterhält. Ist sie überdies auch noch aphasisch, dann winkt sie ihn, der ihr nicht helfen kann, mit dem freundlichsten Lächeln herbei zum Vierhändigspiel. Die Szene ändert sich sofort, wenn eine nichtfunktionelle Komplikation auftritt, und sei es nur eine Aknepustel, die z. B. das Gesicht der Patientin zu entstellen droht. Dieselbe kann die furchtbarsten Aufregungszustände auslösen und dem Arzte schlaflose Nächte verursachen. Man kommt immer wieder auf die Eigenliebe in vielerlei Verkleidungen zurück.

Es wurde das sexuelle Moment im hysterischen Charakter wiederholt betont; namentlich in der Auffassung des Publikums heißt hysterisch oft soviel als sexuell unbefriedigt. Das Kapitel „Ätiologie“ wird lehren, daß gewisse Beziehungen zwischen sexuellem Leben und Hysterie bestehen. Hier, wo die hysterische Persönlichkeit skizziert wird, inter-

essiert nur, daß tatsächlich Elemente des normalen und abnormen geschlechtlichen Fühlens dem Beobachter sich aufdrängen. Die Kranken sind erotisch, verschwenden Parfüms und rosa Briefpapier, sprechen von anstößigen Dingen, lieben es, andere in Stimmung zu versetzen, eifersüchteln mit Nebenbuhlerinnen, verdächtigen dieselben, knüpfen selbst Verhältnisse an oder lassen sich vergewaltigen. Übrigens entfaltet sich auch hier ihre Launenhaftigkeit. Leidenschaftliche Liebe und sexuelle Begehrlichkeit können unversehens in Gleichgültigkeit, Überdruß, ja Haß und Ekel vor leiblicher Berührung umschlagen — wenn ein normaler Geschlechtstrieb überhaupt je vorhanden war. Viel von der sexuellen Erregung wird nämlich nur vorgetäuscht durch die ungemessen freie Ausdrucksweise und Übertreibung des Gebarens. Die Hysterischen sind kokett, suchen sich bemerklich zu machen, werfen mit Blicken um sich, ja gebärden sich geradezu mannstoll, ohne daß von wirklich geschlechtlichem Empfinden die Rede sein könnte. Viele dieser Patientinnen sind sogar äußerst prüde, gestatten dem Fremden nicht einmal eine leichtere Vertraulichkeit und selbst, wo sie tiefere Sympathien entwickeln, ist das Weib nur schwer in ihnen zu erwecken. Durchaus zu bestätigen ist die feine Bemerkung Gilles de la Tourettes, daß die Hysterischen im allgemeinen mehr zarte Annäherung suchen als den Acte genitale, den sie häufig nur erdulden, und zwar in zweckbewußter Überlegung. Der Koitus ist für sie eine Enttäuschung; sie begreifen ihn nicht, sie widerstreben aus tiefinnerem Gefühle; sie haben angeblich oder auch wirklich keine Wollustempfindung, klagen über Schmerzen. Eine ziemliche Anzahl von Hysterischen ist sexuell pervers veranlagt. Trotzdem sie sich über einen feschen Militär freuen, verabscheuen sie den Mann als Geschlechtstypus, während sie masturbieren, in Lektüre oder auf andere Weise Befriedigung suchen oder sie sind überhaupt frigide. Andererseits fällt eine ungewöhnlich frühe Entwicklung der Sexualität auf, die allerdings vorwiegend auf Rechnung der degenerativen Anlage zu setzen wäre; es liegen Beobachtungen vor, daß 12jährige Mädchen Liebesverhältnisse anknüpfen. Dort wo die moralischen Qualitäten vom Hause aus defekt sind, bei Schwachsinnigen, wird gar nicht selten Prostitution angetroffen, diese aber wohl nur passiv als Mittel zu einer bequemen Existenz, nicht aus physischem Bedürfnis ausgeübt.

Es sei gestattet, auf einen Gedanken zurückzukommen, den ich an anderer Stelle ausgesprochen habe. Das Sexualsystem spielt bei Personen feminini generis eine große Rolle. Die Vorgänge des Geschlechtslebens beherrschen vielfach den Bewußtseinsinhalt. Bei der normalen Frau wird durch eine Reihe mächtiger Hemmungen ein eventuelles Lautwerden dieser Gedankenkreise verhindert respektive nur unter günstigen Umständen und in beschränktem Maße zugelassen; bei der hysterischen fallen solche Hemmungen weg. Das „Ich“ als Geschlechtscharakter lebt

sich rücksichtslos aus. Wie schon bei den anderen Psychosen der Frauen kaum je etwas von sexuellem Inhalt vermißt wird, so findet man auch bei den Hysterischen sexuelle Halluzinationen, Delirien, Eifersuchtszenen und Liebesintriguen, im Dauerzustande des hysterischen Charakters Erotismus, hier nur aufdringlich und übertrieben geäußert, ohne daß die Sexualität mit dem Wesen der Hysterie etwas zu tun hätte — sie gehört zum Wesen des Weibes.

Auch der zweite grundlegende Instinkt der Frau, die Mutterliebe, findet sich bei Hysterischen selten in ganz normaler Weise entwickelt. Oft schon sehr früh zeigt sich eine wahre Affenliebe zu kleinen Kindern, die durch körperliche Vorzüge oder schöne Bekleidung Aufmerksamkeit erregen, gelegentlich übrigens sogar zu krüppelhaften Geschöpfen, die Mitleid erwecken. Hysterische Mütter betrachten ihre Kinder als Objekte stürmischer Zärtlichkeitsäußerungen, als Spielzeug. Ein leicht erregter Zornausbruch kann aber zu Mißhandlung führen, die freilich im nächsten Augenblick durch Tränenausbrüche und leidenschaftliche Küsse zu sühnen gesucht wird — eine ideale Erziehungsmethode. Eine große Zahl von Hysterischen ist indes einer Mutterliebe nicht fähig oder wenigstens keiner Liebe zu eigenen Kindern: es gibt Kranke, welche ihre Töchter aus dem Grunde des Herzens hassen, denen höchstens ein gewisser Mutterstolz, besser Eitelkeit von der Umgebung abgerungen werden kann. Neben oder statt der Liebe zum Kinde findet man eine solche zu Tieren, oft nur als Sentimentalität, die nicht einmal den Gedanken eines dem Lieblingshündchen zugefügten Schmerzes erträgt, anderemale eine Liebe mit sinnlichen Qualitäten, eine wahre Zoophilie. Übrigens kommt auch eine Verquickung beider Formen vor: Grausamkeitsvorstellungen, die Lektüre einer antivivisektionistischen Broschüre löst Sexualempfindungen aus.

Das Wollen der Hysterischen erscheint etwas eingeengt durch ihren Egoismus, ja es besteht geradezu Willensschwäche, soweit nicht persönliche Beziehungen in Frage kommen. Die einfachen Handlungen des Lebens werden fast automatisch ausgeführt, nachdem sie kein Interesse wecken und von keinen Mitschwebungen der persönlichen Gefühle begleitet sind. Fast sieht es aus, wie wenn eine äußere, eine andere Person agieren würde, während eine innere, unbeteiligte, das eigentliche „Ich“ unterdessen mit sich selbst und einem engeren Vorstellungskreise sich beschäftigt. Hier liegt der Kern der von so vielen Seiten angenommenen Spaltung der hysterischen Persönlichkeit. Kommt das „Ich“ zum Durchbruch, so werden die Außenstehenden durch die unmotivierten Einfallshandlungen überrascht.

Man sieht leicht, daß die Alltagsbeschäftigung der Frau, die Führung eines Haushaltes, solchen Kranken die größten Schwierigkeiten bereiten kann. Abgesehen von der Unordnung und Zerfahrenheit

ihres Tuns, die Hysterischen sind durchaus unwirtschaftlich. Es fehlt ihnen einmal das richtige Gefühl für den Wert des Geldes, andererseits unterliegen sie dem impulsiven Drange, sofort irgendetwas zu kaufen, was ihre Aufmerksamkeit erregt, was ihnen gefällt. Das unmittelbar Notwendige wird achtlos übersehen und obendrein stimmt die Rechnung nicht. Nun wird der Spieß umgedreht: der Mann gibt zu wenig Geld her, läßt seine Familie darben. Die Kranke erklärt sich von den besten Absichten beseelt, nur die kleinlichen Verhältnisse seien schuld, daß sie den Haushalt nicht führen könne. Ähnlich geht es im Berufsleben, träumerisch starren die Patienten vor sich hin, nur mechanische Arbeiten werden zu Ende gebracht.

Bei schwerer Hysterie hat man allerdings selten Gelegenheit, die Individuen zaudernd über einer Tätigkeit zu sehen, diese Fälle leben schon ihrer Krankheit — und das geht flott, bis sie, in der Heilanstalt angelangt, reichlich Gelegenheit haben, ihren Charakter frei zu entfalten und sich auch frei zu bewegen. Hier steht ihr „Ich“ in lebhaftem Rapport mit der Umgebung; sie freuen sich der Aufmerksamkeit, welche sie wecken, und arbeiten daran, Mittelpunkt eines Kreises zu werden, diesen möglichst zu vergrößern. Sie schließen wo nötig Freundschaft, überwerfen sich mit ihren Freundinnen um Nichtigkeiten willen, schmollen, lassen sich unter Aufgebot theatralischer Mittel wieder versöhnen. Sie verzeihen so gerne: die dankbarste Rolle. Alles was sie tun, namentlich die Art wie sie es tun, scheint auf Zuschauer berechnet; ihr Gebaren ist ganz anders vor dem Publikum, anders wenn sie allein sind; es ist anders dem Manne gegenüber, an den ein grausames Schicksal sie gefesselt hat, als vor einem Fremden, dem sie Interesse abzugewinnen wünschen.

Im wesentlichen bestimmt weniger das Denken als das Gefühlsleben die Handlungen der Menschen, auch der Hysterischen. Daher ist das Krankhafte im Tun und Lassen am allersichtbarsten. Wenn eine Hysterica aus äußerlichen, richtiger inneren Ursachen von einer plötzlichen Sympathie überwältigt wird, äußert sie dieselbe ohne Hemmungen; die Sympathie wird flüchtig wieder aufgegeben, das Gebaren ist kühl und gemessen; oder die Liebe verkehrt sich gar in Haß, an dem zähe festgehalten wird. Insofern dieser ein viel aktiveres Gefühl ist, bestimmt er ihr Auftreten in weit höherem Grade als Freundschaft und Zuneigung. Da die Grundstimmung der Hysterischen vorwiegend eine depressive ist, so darf es nicht wundern, diese Kranken meist unverträglich zu sehen, stets bereit, zu stänkern, zu krakeelen, zu hetzen, zu nörgeln, alles durcheinander zu bringen. Die Hysterischen sind in ihrer Rachsucht erfinderisch, unerschöpflich, quälen ihre Widersacher in raffinierter Weise, worin sie von ihrer Phantasie wirksam unterstützt werden. Bei Verkümmerung der ethischen Gefühle sind sie sogar gefährlich, weil sie dann vor keiner Lüge, ja vor einem Verbrechen nicht zurückschrecken, um dem unlieben Nächsten etwas antun zu können.

Im allgemeinen sind ihre Handlungen rücksichtslos, brüsk, unvermutet, sie erscheinen wie Reflexe, unüberlegt, auch dann, wenn sie nicht mehr rückgängig zu machen sind. Die größte praktische Bedeutung haben da affektvolle Angriffe auf die Umgebung und Selbstmordversuche. Doch ist die Gefahr nicht so groß, wie sie von mancher Seite dargestellt wird. Die Reizbarkeit der Kranken ist gesteigert, der Affektausbruch ein ungeheurer, die Aktion wird, vielleicht blitzschnell vorbereitet, triebartig ausgelöst, aber die Willensschwäche lauert schon im Hintergrunde und der ernsthafte Entschluß unterbleibt im letzen Augenblick oder wird nur zur Hälfte ausgeführt.

So geht es in allem und jedem. Ewige Unruhe und Unstetigkeit ohne innere Einheitlichkeit zeichnet die Hysterischen aus. Bald lenken zufällige äußere Einflüsse, bald unbekannte Innenvorgänge den Willen einer Wetterfahne gleich nach einer andern Richtung, so daß die Patienten schließlich selbst nicht wissen, was sie eigentlich wollen; sie martern sich und die Umgebung schrecklich, indem sie ihre eigensten Entschlüsse im nächsten Augenblick widerrufen, dabei die Situation stets so verdrehen, als ob man ihnen immer gegen den Strich handle, sie geflissentlich kränke. Es wird ein unbegreiflich hartnäckiger Eigensinn einem vernünftigen Tun lange widerstreben, bis ein Akzidens, eine Tagesautorität den Willen umstimmt. Dabei sind die Patienten völlig einsichtslos für das Dissoziale in ihrem Verhalten, für die Fehler und Schwächen, wie der moralisierende Zuschauer sagen müßte, der eigenen Person, während sie an anderen ausgezeichnet beobachten. Man kann den drastischen Fall erleben, daß eine Tochter, welche das getreue Abbild ihrer Erzeugerin ist, von ihrer Mutter nicht nur zur Rede gestellt, sondern auch geprügelt wird, so oft sie einen hysterischen Charakterzug kopiert.

Im ganzen bieten die Hysterischen eine Diskontinuität der höchsten psychischen Wellenlinie, einen unvermittelten Wechsel zwischen Schwäche und Kraftleistungen. Das hindert aber nicht, daß eine ganze Anzahl dieser Patienten bei Ablenkung der Aufmerksamkeit sich recht normal benimmt, daß man im alltäglichen Leben einer Menge Hysterischer begegnet, welche unter günstigen äußeren Verhältnissen ihren Beruf ausfüllen, oft sogar einzelner hervorragender Leistungen fähig sind, bis erst unter ungünstigen äußeren Umständen eine offenkundig hysterische Erkrankung ausbricht.

Das eben gezeichnete Charakterbild ist aus Zügen zusammengesetzt, die sich in typischer Gruppierung bei klassischen Hysterien finden. Man hat ein Recht, aus dem großen weiten Rahmen des degenerativen Irreseins diesen speziellen Symptomenkomplex herauszuheben, weil er eigenartig genug ist, schärfer umschrieben, als manche andere Krankheitszustände, und weil er durch das häufige Vorhandensein körperlicher Symptome, der bekannten Stigmen, speziell der hysterischen Anfälle, eine noch weitergehende Kennzeichnung erfährt.

Mit der Diagnose Entartungsirresein leistet man tatsächlich nur wenig. Dasselbe ist ein Sammelbegriff, unter den viele klinische Krankheitsbilder fallen. Zu den Degenerierten weiteren Sinnes gehören die Epileptiker, die moralisch Schwachsinnigen in ihren vielen Spielarten, neben der Hysterie die Nervosität, die Hypochondrie, die konstitutionellen Verstimmungen, die Periodiker, das Irresein in Zwangsvorstellungen, die angeborenen krankhaften Triebe und Suchten, die sexuellen Perversionen usw., alles psychopathisch minderwertige Individuen. Die Verwirrung wird namentlich dadurch gesteigert, daß man an einem einzigen Degenerierten mehrere dieser Unterformen gleichzeitig, wenn auch in verschiedener Deutlichkeit, ausgeprägt findet; doch kann eine einzelne für sich auftreten und hierdurch das Recht gesonderter klinischer Betrachtung erwerben.

Es ist möglich und geboten, die Hysterie aus prognostischen wie therapeutischen Gründen zu differenzieren nicht nur gegen die anderen Formen des degenerativen Irreseins, sondern auch gegen funktionelle Psychosen, die manchmal verwandte Züge tragen und den hysterischen Symptomenbildern äußerlich ähneln; sie muß auch gegen Charakterbilder abgegrenzt werden, die man noch als normal zu bezeichnen ein Recht hat. Wie auf jedem Gebiete geistiger Erkrankung, geht es auch bei der Hysterie. Zahllose Übergangsformen führen hinüber zum Physiologischen; der hysterische Charakter unterscheidet sich nur quantitativ. Die Schwierigkeit, die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu begründen, ist nicht größer als z. B. bei den Formen des Schwachsinnes, des intellektuellen sowohl wie des moralischen, die auch als Typus jedem selbstverständlich erscheinen, die bei ihrer Abgrenzung im konkreten Falle doch fast unlösbare Schwierigkeiten bereiten. Ein anderes Beispiel. Wohl jeder Mensch hat einmal in seinem Leben eine Zwangsvorstellung; deshalb darf man noch nicht von Irresein in Zwangsvorstellungen sprechen. Um diese klinische Diagnose vertreten zu können, muß der Zug ins Pathologische eine ziemliche Entwicklung erreicht haben. Nun kann aber auch eine Hysterica an Zwangsvorstellungen leiden und irgendein Degenerierter hysterische Züge aufweisen: beides um so leichter, da die Hysterie in ihrer Gänze unter das Entartungsirresein fällt. Alle diese Schwierigkeiten ergeben sich nur im einzelnen Falle und wohl nur dann, wenn man sich ausschließlich an das äußere Bild des eben skizzierten Charakters hält, statt die Persönlichkeit zu analysieren und zu ihrer Beurteilung die an früherer Stelle auseinandergesetzten Grundzüge der Hysterie vorzunehmen. In der Literatur wird öfters der Einwand erhoben, daß die buntfarbigen Schilderungen nur auf die „degenerierten" Hysterischen passen; dieser und jener Autor schwört heilige Eide, daß seine Kranken die edelsten und besten Menschen, von seltener Charakter- und Willensstärke, hervorragender Geistes- und

Herzensbildung waren. Neben der Suggestibilität werden aber Stimmungsanomalien, wenn auch in bescheidenen Grenzen, intellektuelle Ermüdbarkeit, einzelne perverse Reaktionen, das Ausstrahlen von Gemütsbewegungen in körperliche Zustände in diesen Fällen niemals vermißt — und das genügt. Nochmals sei auf die außerordentliche Polymorphie des hysterischen Charakters hingewiesen, die eine einheitliche Schilderung desselben nicht zuläßt, ohne damit die Einheitlichkeit seines Wesens zu negieren.

Im speziellen muß noch einiger Variationen desselben gedacht werden. die ihrerseits wieder für einen Kreis von Hysterischen typisch sind. Das oben skizzierte Verhalten beobachtet man am häufigsten und schönsten bei weiblichen Individuen auf der Akme des Lebens. Wenn die Hysterie später manifest wird, zur Zeit der Menopause, dann pflegt sie weniger aktiv zu sein, dann kleidet sie sich mehr in das Gewand trauriger Verstimmung; Reizerscheinungen sind seltener, es dominieren Reminiszenzen. Immerhin sind grundlegende Züge, die Suggestibilität, das Krankheitsgefühl, der Krankheitswille deutlich genug ausgeprägt.

Auch bei männlicher Hysterie kann man vereinzelt Bilder finden, die dem oben geschilderten Typus vollständig entsprechen; die Grundverschiedenheit des männlichen und weiblichen Charakters verwischt sich dadurch. Die Sucht aufzufallen, die Tränenergüsse, alles was bei der Frau so physiologisch erscheint, befremdet beim Manne und gibt ihm etwas Weibisches. Die hysterische Eigenliebe verleitet diese romanhaft und phantasievoll angelegten Männer zu Übertreibungen; sie rühmen sich imaginärer Vermögen, sexueller Heldentaten, lügen das Blaue vom Himmel herunter, sind dabei aber durchaus gutartig, wenn die moralische Degeneration im Hintergrunde bleibt, sonst werden sie noch eher kriminell als die hysterischen Frauen. Zahlreiche Zwischenstufen rudimentärer Entwicklung führen zu der häufigsten Form des hysterischen Charakters bei Individuen masculini generis, einer vorherrschend depressiven Grundstimmung mit Willensschwäche, einem willenlosen Sichgehenlassen.

Klinisch ist die Einreihung auch dieser Seelenzustände unter die Hysterie durch die Übergangsformen und die hysterischen Stigmen genügend belegt. Daß die Bilder so verschiedenartig sind, hängt mit dem Wesen der Erkrankung zusammen. Die Hysterie ist nicht etwas Fremdes, das den Gehirnmechanismus in Bande schlägt; der hysterische Charakter folgt aus der Weiterentwicklung gewisser Züge, die in jedem Seelenleben schlummern; die Grundlagen der Individualität bleiben erhalten. Da die mehr kritische Veranlagung des Mannes dem psychischen Mechanismus der Hysterie am meisten entgegengesetzt scheint, ist zu erwarten, daß er seltener in dieser Weise erkrankt und daß selbst im Erkrankungsfalle gewisse Symptome der Hysterie ihm nicht aufgezwungen werden können. Das ist nun Tatsache. Es läßt sich in den seltenen

Fällen, wo der hysterische Charakter in der weiblichen Form bei einem Manne voll entwickelt ist, obendrein nicht einmal ausschließen, daß hier ein psychischer Hermaphroditismus, eine weibische Gemütsveranlagung der Hysterie die Hand reicht. Für gewöhnlich wird nur der Defekt erkennbar; es stehen beim hysterischen Manne Schwäche und Insuffizienz im Vordergrunde; es fehlt ihm das Produktive, Bewegliche, Heitere der weiblichen Hysterie. Insofern diese einem Schwachsinnszustande entspricht, müßte man dem hysterischen Charakter begegnen, wenn man in der Stufenleiter der psychischen Entwicklung zurückgeht. Nach Möbius brauchte man sich nicht zu wundern, daß die weibliche Psyche mehr zur Hysterie neige; tatsächlich steht schon der normale weibliche Charakter der Hysterie sehr nahe, jener der Kinder noch viel mehr: die Analogien, welche das Studium der Kinderseele enthüllt, sind geradezu überraschend.

Unsere Kleinen sind außerordentlich beeinflußbar, von der Umgebung abhängig, man könnte sie suggestibel nennen. Während sie unter ihresgleichen lebhaft und lustig sind, bringt der Anblick eines Fremden sie sofort um die Sprache; still und scheu haben sie scheinbar alles vergessen, was sie schon gelernt, um im nächsten Augenblick, allein gelassen, wieder in das frühere Treiben zu verfallen. Kinder glauben blind an jede Autorität, die sie etwas versichert, was dem kindlichen Ideenkreise paßt, und sei es das blödeste Ammenmärchen. Sie lügen, verstellen sich meisterhaft, um ihre kleinen Zwecke durchzusetzen, kaum daß das psychische Leben erwacht. In der Regel sind sie lebhaft, geistig regsam; sie springen von einem Thema zum andern ab, wenden sich mit rasch ermüdender Aufmerksamkeit jedem neuen Sinneseindruck zu. Andererseits sind sie eigensinnig und werden von endogenen Vorstellungen hartnäckig beherrscht. Unverhüllt tritt das Bestreben zutage, sich beachten und bewundern zu lassen. Nicht selten sieht man, wie irgendein kleines Fräulein sich dreht, wendet, ziert und ihre Freude darüber kaum verbergen kann, daß sie eines Großen Aufmerksamkeit erregt. Endlich lieben die Kinder ungeheuerliche Affektausbrüche, die im nächsten Augenblicke wieder vergessen werden; sie begehen unüberlegte, fast reflektorische Handlungen.

So verhält sich die Mehrzahl der Kinder und alle diese Züge findet man bei der Hysterie wieder. Es kommt eine weitere grundlegende Ähnlichkeit hinzu, die Neigung zu Konvulsionen, zu rudimentären wie zu ausgesprochenen Krampfformen als Antwort auf geringfügige Reize. Man möchte darum beinahe von einer physiologischen Hysterie des Kindesalters sprechen, von einer Pseudohysterie, die nicht als Krankheit aufgefaßt werden darf. Doch machen diese Eigentümlichkeiten der kindlichen Seelenanlage verständlich, wie auf relativ unbedeutende Anlässe hin eine wirkliche Hysterie ausbrechen kann. Die Eindrucksempfänglichkeit ist dann so hochgradig, daß ohne weiteres eine delirante Phase

auftritt; die Suggestibilität ist so enorm, daß ein Affekt die Hysterie auslöst, der mindeste Eingriff sie wieder zum Verschwinden bringt. Es liegt im Charakter des Kindes, daß nicht nur der Krankheitsprozeß als solcher, sondern auch seine einzelnen Symptome eine außerordentliche Beweglichkeit zeigen. Die körperliche Hysterie trägt meist die monosymptomatische, d. h. die einfachste Form. Geistesstörungen finden sich wie bei Erwachsenen, natürlich mit einem Bewußtseinsinhalte, welcher der Altersstufe entspricht; obzwar gerade hier nicht selten frühreife und frühgeweckte Kinder angetroffen werden.

Doch nun zum hysterischen Charakter zurück. Es ist schon ersichtlich, daß die außerordentliche Vielgestalt desselben nach Individuengruppen wie nach Einzelindividuen seine klinische Wertung und Abgrenzung erschwert; eine noch größere Schwierigkeit entsteht dadurch, daß der hysterische Charakter rudimentär sein kann, trotzdem Hysterie diagnostiziert werden muß. Man beruft sich da auf das Beispiel der Epilepsie: Es komme eben nicht überall zur vollständigen Umwandlung der Persönlichkeit, sondern nur in der Mehrzahl, namentlich schwererer Fälle. Der Vergleich stimmt aber nicht. Man sieht den hysterischen Charakter in schönster Ausprägung schon bei ganz kleinen Kindern, bei der hysterischen Tochter einer hysterischen Mutter, indem wahrscheinlich durch direkte Nachahmung auf den vorbereiteten Boden alle Charakterzüge der Erzeugerin übertragen wurden ohne lokalisierte hysterische Krankheitserscheinungen, welche erst einen speziellen Anlaß abwarten. Dieser Charakter geht überhaupt anderen Äußerungen der Hysterie fast immer voraus und besitzt somit eine wesentliche Selbständigkeit. Man darf also nicht sagen, daß die Hysterie zu Charakterveränderung führt, sondern der Hysterie ist ein bestimmter Charakter eigen.

Während derselbe am ausgesprochensten ist in Fällen, die nur vereinzelt eine Psychose durchmachen, sonst aber frei sind von manifesten hysterischen Symptomen, kann er im Hintergrunde bleiben, dort, wo körperliche Störungen die Szene beherrschen. Man wollte hierin sogar eine Gesetzmäßigkeit finden. Wenn man sich aber mit der anscheinenden Neurose etwas eingehender beschäftigt, so stößt man bald auf die psychischen Alterationen. Dieselben sind vielleicht schwer in Worte zu kleiden; das Auge lernt indes bald die Eigenart erfassen, mit welcher eine hysterische „Nervenkranke" den Hörsaal betritt, wie sie sich setzt, auf die Demonstration reagiert usw. Das geht in unzähligen Äußerlichkeiten jedesmal so gleichmäßig und charakteristisch, daß man sich getrauen möchte, a vista die Hysterie zu diagnostizieren. Die grundlegenden psychischen Alterationen sind gar nicht so rudimentär, wie man bei nur oberflächlicher Bekanntschaft glauben möchte. Jedenfalls zwingen alle Erfahrungen zu dem Satze, daß Eigentümlichkeiten einer gewissen Färbung bei Hysterischen nie fehlen. Und mag man dieselben auch auf

die krankhafte Veranlagung und Entwicklung der Persönlichkeit beziehen, so sind diese Faktoren eben von der Hysterie nicht zu trennen, die Hysterie selbst gehört unter das Entartungsirresein.

Neben den erwähnten Fällen rudimentären hysterischen Charakters gibt es aber auch solche einer grandiosen Steigerung desselben, die im Laufe der Zeit unter der Einwirkung äußerer Schädlichkeiten allmählich erfolgt, ohne daß sonst hysterische Symptome auftreten würden. Hier hat der Charakter eine ganz selbständige Existenz; die Hysterie erschöpft sich in seiner Ausbildung. Es wird Gelegenheit sein, bei der Wiedergabe einzelner Beobachtungen die kennzeichnenden Züge sowie die Varianten des hysterischen Charakters an Beispielen zu illustrieren.

III. Klinik der hysterischen Psychosen.

Hysterie, die Grande simulatrice, ahmt alle funktionellen Symptome körperlicher Krankheiten nach. Man könnte erwarten, daß sie auch alle Formen geistiger Krankheit vorzutäuschen vermag, daß hier eine überaus reiche Symptomatologie zu entwickeln wäre. Das ist nur teilweise der Fall. Die hysterischen Geistesstörungen sind von einer gewissen Einheitlichkeit im Grundzuge, wenn auch von ungeheuerer Vielgestalt in der persönlichen Ausprägung; denn es ist das Individuum, das hysterisch denkt, fühlt und handelt. Haben die sensiblen und motorischen Symptome der Hysterie das gemeinsame, daß keine anatomisch zusammenfaßbare Wurzel für sie zu erkennen ist, sondern nur eine physiologisch-psychische, so kann man von den hysterischen Geistesstörungen Analoges behaupten: es erkrankt der angelernte Denkmechanismus, der sich wie willkürlich ändert. Diese Psychosen tragen vielfach etwas so Gemachtes an sich, daß sie aussehen, wie das Produkt bewußter Geistestätigkeit im Dienste des Krankheitswillens. Gewisse Mechanismen schlummern vorgebildet im hysterischen Bewußtsein, kehren in typischer Weise immer wieder und vermehren die äußere Einheitlichkeit.

Es dürfte sich empfehlen, mit den psychischen Störungen zu beginnen, die an den Anfall knüpfen. Dieser gilt als die elementarste Äußerung der Hysterie und wird als solche von allen Seiten widerspruchslos anerkannt. Somit können auch die Seelenstörungen, welche den Paroxysmus begleiten, aus demselben unmittelbar hervorgehen, gar nicht kontrovers sein. Schon an dieser Stelle soll aufmerksam gemacht werden, daß man dieselben Bilder auch losgelöst von Anfällen bei Individuen mit hysterischem Charakter findet. Das Studium ihrer Gesetze und Eigentümlichkeiten bietet die Behelfe zum Verständnisse komplizierterer hysterischer Psychosen, Argumente, mit denen im folgenden die Zugehörigkeit eines Krankheitsbildes zur Hysterie verfochten werden soll.

a) Geistesstörungen des hysterischen Anfalles.

Eine gewisse Alteration des habituellen Gemütszustandes pflegt dem Anfalle durch Minuten, Stunden, aber auch durch Tage, durch 1, 2, 3 und selbst mehr Tage vorauszugehen. Die Form der Seelenstörung entspricht einem der drei Typen akuter Psychosen. Es sind entweder

Depressions- oder Exaltations- oder endlich halluzinatorische Verwirrtheitszustände, selten in vollkommener Ausprägung, häufig nur rudimentär.

Natürlich kann keine Rede davon sein, daß die Hysterie gerade die akuten Psychosen kopiert; wohl aber findet man bei Hysterischen alle überhaupt denkbaren Elemente geistiger Störung und die Trias des Systems entspricht den drei Gruppen möglicher Fälle; es ist jene Einteilung, die bei symptomatologischer Betrachtungsweise der akuten Psychosen sich aufdrängt. Ist die Verstandesfunktion ungestört, so herrscht der Ausdruck der Gemütsstimmung und dieser kann nur das Zeichen + oder — tragen. Hat man andererseits eine Parafunktion der Sinnes- und Verstandestätigkeit, dann wird Hemmung wie Gemütsverstimmung dadurch überdeckt, so daß tatsächlich 3 und nur 3 Hauptgruppen akuter Geistesstörungen möglich sind. Insofern ist es auch bequem, bei dem Schema zu bleiben, da dieses den Augenblickseindruck am besten einzureihen gestattet.

Manche Hysterische werden vor dem Anfalle matt, abgeschlagen, traurig, ängstlich, menschenscheu; sie flüchten in einen stillen Winkel, antworten nur gehemmt und widerwillig auf nachdrückliches Fragen. Andere werden unfreundlich, ungeduldig, reizbar, sogar boshaft; ein Nichts ärgert sie, sie finden alles schlecht, schimpfen, beklagen sich. Namentlich bei männlicher Hysterie werden diese oder ähnliche melancholischen Vorsymptome beobachtet.

Die zweite Gruppe der in Rede stehenden Kranken ist lebhafter als gewöhnlich; in großer Geschäftigkeit laufen und hasten sie hin und her; sie geraten mit der Umgebung in Streit, gehen unvermittelt vom Lachen zum Weinen und wieder zurück zum Lachen über, oder es überwiegen die ärgerlichen Affekte, wie im Bilde der Zornmanie. Alle diese Exaltationszustände lassen eine Störung des assoziativen Zusammenhanges vermissen.

Bei hysterischen jungen Mädchen wird eine spezielle Form manischer Erregung beschrieben: Läppisches, albernes Benehmen; die Patientinnen singen, lachen, tanzen, sammeln allerlei Mist, sprechen geziert, verbigerieren, ahmen Tierstimmen nach, grimassieren. Sie rennen zwecklos umher, zerstören blind bei scheinbar geringer Trübung des Sensoriums; in Wirklichkeit steht jedoch der ganze Zustand auf traumhafter Bewußtseinsgrundlage. Er geht einem Krampf oft längere Zeit voraus und hinterläßt Amnesie. — Auch Mischformen finden sich präparoxysmell, indem die Kranken bald stumm und gehemmt, bald wieder sehr heiter sind.

Bei der dritten Gruppe hysterischer Patienten treten vor dem Anfalle Sinnestäuschungen auf, bisweilen nur nächtlicher Weile. Halb wie im Traume sehen die Kranken schreckliche, phantastische Tiere, sie stürzen in Abgründe u. dgl. Zu der häufigsten Art von Halluzinationen gehören Organgefühle, die sonst als Aurasymptome bekannt sind: Würgen

im Halse, Zusammenschnüren der Brust. Aber auch wirkliche Gesichtstäuschungen am hellichten Tage kommen vor. Selten sind delirante Bilder, einer Eigentümlichkeit der Hysterie entsprechend, zusammenhängende Delirien. So ein Patient beginnt z. B. plötzlich zu lachen; er bringt dann alle Ereignisse der letzten Tage vor, macht Glossen dazu, führt förmliche Zwiegespräche, bis die Konvulsionen anfangen. Es werden auch präparoxysmelle Delirien beobachtet, die ein lebhaft affektbetontes Ereignis der Vergangenheit verarbeiten, oder solche, die den Kranken in eine märchenhafte Situation versetzen. Verwirrtheit besteht dabei nur so weit, als sie durch die Halluzinationen respektive Delirien bedingt wird.

Psychische Störungen der skizzierten Arten treten bei Hysterischen nun periodisch auf. Von Zeit zu Zeit haben solche Frauen ihre „Nerven", wie man die Stimmungsanomalien, die ungewöhnliche Labilität des seelischen Gleichgewichtes so gerne nennt. Der Wille vermag auf die Entwicklung der einleitenden Symptome bis zu einem gewissen Grade Einfluß zu nehmen; mindestens kann er eine aufschiebende Wirkung entfalten. Manche dieser Kranken kämpfen ein bis zwei Tage, vermögen vielleicht sogar den in Aussicht stehenden Anfall ganz zu unterdrücken. Andere versichern, daß sie bei diesen Versuchen nur um so länger leiden und lassen sich lieber gehen; in den Konvulsionen entladet sich gewissermaßen die quälende, nervöse Aufregung der Aura.

Aber es muß zum Paroxysmus durchaus nicht kommen. Die Fälle, wo er höchst rudimentär ist, nur aus Starre oder flüchtigen Zuckungen besteht, führen allmählich hinüber zu jenen, wo er ganz ausbleibt. Dadurch gewinnen die Aurasymptome weiteren Sinnes eine gewisse Selbständigkeit; ein Verhalten, das bei der Epilepsie vollkommen geläufig ist. Man spricht dann von einem psychischen Äquivalent des Anfalles. Indem solche Aurapsychosen sich wiederholen, ohne daß Konvulsionen auftreten, resultiert ein länger dauernder Zustand von Geistesstörung, eine Art Status psychicus hystericus.

Der Beweis, daß es sich bei einer freistehenden Alienation um eine solche Aurapsychose handelt, ist natürlich nur dann zu erbringen, wenn die gleiche Geistesstörung als Aura eines Anfalles und außerdem selbständig auftritt. Und das ist nur selten der Fall. Im übrigen muß man sich darauf beschränken, von akuter hysterischer Psychose zu sprechen. Da die gleichen Bilder sowohl postparoxysmell wie als Äquivalent eines ganzen Anfalles beobachtet werden, soll eine zusammenfassende Besprechung, nach der klinischen Erscheinungsweise geordnet, an späterer Stelle erfolgen.

Auf die motorische Seite des Anfalles braucht hier nicht eingegangen zu werden, da nur die psychischen Symptome interessieren, welche die Kranken bieten. Allerdings ist die Grenze schwer zu ziehen. Vielleicht bestehen auch während der Krämpfe affektbetonte Vorstellungen;

vielleicht dauern die einleitenden Sensationen fort und füllen das Bewußtsein aus; vielleicht werden die Visionen und Akoasmen der Aura zum Delir. Wenn man die Patienten darüber ausholt, erfährt man meist nur von einer Bewußtseinspause, die durch kein Nachdenken aufzuhellen ist, was natürlich nicht beweist, daß psychische Prozesse fehlten. Eine Minderzahl Hysterischer berichtet, allerdings in der Hypnose, über das Vorhandensein einer lebhaften Erinnerung auch auf der Höhe des Anfalles.

Häufig kommen schon unter den konvulsiven Bewegungen einzelne geordnete Akte, die den Eindruck erwecken, als ob sie psychisch vermittelt, der Ausdruck für einen Gedankeninhalt wären, der das Individuum in diesem Augenblicke beherrscht. Man erhält zufolge der Amnesie keine Aufklärung, aber was soll man sich denken, wenn man Koitus-, Abwehr-, Turn-, Grußbewegungen sieht, die unter die Klonismen eingestreut sind oder gegen Schluß des Anfalles sich häufen? Gewinnen derartige Bewegungstypen eine gewisse Selbständigkeit, so kann man ein eigenes Stadium des Anfalles unterscheiden, das namentlich von der französischen Schule abgegrenzt und als das III., die Phase Des attitudes passionelles, proklamiert wird. Daran schließt sich ohne scharfe Grenze, gewissermaßen in weiterer Steigerung der psychischen Funktionen und unmittelbarer Beeinflussung des Bewegungsdranges durch Vorstellungen, die Phase delirante. Es möge erlaubt sein, diese beiden Stadien zusammenzufassen, denn sie vermischen sich gewöhnlich; nicht einmal in den Fällen der Franzosen ist es leicht, eine reinliche Scheidung zwischen III. und IV. vorzunehmen.

Der Bewußtseinsinhalt, der durch die stummen Posen zum Ausdruck gebracht wird, soll sich gewöhnlich auf Ereignisse beziehen, die im Leben der Hysterica eine hervorragende Rolle gespielt, etwa den ersten Anfall ausgelöst haben, wenn dieser nicht schon zu lange zurückliegt. Die anfangs im Vordergrunde stehenden Attitudes passionelles werden seltener, dann tritt ein mehr zusammenhängendes Delir auf, das gleichfalls meist persönliche Reminiszenzen enthält und durch ein verschwenderisches Übermaß von Gefühlsäußerungen theatralisch gefärbt wird. Manche Hysterische sprechen lange Phrasen in einer sonst vergessenen fremden Sprache, so daß es den Eindruck erweckt, als ob die geistigen Fähigkeiten abnorm gesteigert wären. Je nach der Persönlichkeit der Kranken ist das Delirium heiter, traurig, wild oder obszön. Man findet tobsuchtartige Erregung oder es überwiegen die depressiven Affekte. Die Patientin beklagt unter Tränen und Schluchzen ihr vergangenes Leben oder sie ist stumm vor Schmerz. Andere Kranke liegen da mit geschlossenen Augen und schlaffen Gliedern, delirieren leise vor sich hin, sprechen, singen, lachen wie im Schlaf; der Gang der Ideenassoziation ist durch zugerufene Worte zu beeinflussen.

Als eine prächtige Illustration, zugleich als Typus der französischen Grande Hystérie, mag ein Fall **Richers** kurz zitiert werden:

Die Patientin war im Alter von 10 Jahren das Opfer eines Notzuchtattentates geworden. Schon während der großen Konvulsionen des Anfalles malt sich in ihrem Gesichtsausdruck der Schrecken; die Halluzination beginnt. Wenn man die Kranke in diesem Augenblick erweckt, durch Druck auf das Ovarium, erklärt sie, daß sie Angst habe vor einem, der sie verfolge. Sie läuft, sucht zu entkommen. Es folgen heftige Bewegungen, die Patientin scheint zu kämpfen, um sich den Annäherungen zu entziehen. Sie ruft um Hilfe: „O, sie werden mich nicht haben, sie werden mich nicht umarmen; es ist Mitternacht, ziehen sie sich zurück . . . ich werde nicht trinken . . . ich bin nicht die Mutter . . . nein . . . lassen sie mich los!“ Aber sie kann den Kampf nicht lange aushalten; plötzlich bittet sie mit gefalteten Händen, die Arme nach vorn gestreckt; sie rollt sich ins Bett und ruft „Verzeihung!“ Mit einer deutlicheren Gebärde wendet sie sich, fällt auf die Knie; die Haltung wird immer bittender, die Stimme angstvoller. Man erkennt, daß jener Elende sich nicht erweichen läßt. Der Akt wird vollzogen; sie wendet sich wütend zurück, ballt die Fäuste, spuckt. — Dann wechselt die Szene: Sie sieht einen ungeheueren Wagen voll Leichentücher, voll schrecklicher Skelette, deren Augenhöhlen Feuer aussenden, überall rote Flammen. Die Skelette versuchen, sie an sich zu ziehen, wollen sie in den Wagen einsteigen lassen; sie bittet um Gnade. — Wiederum ein anderes Bild: Das Gesicht atmet Heiterkeit, Entzückung. Patientin streckt die Arme nach einer imaginären Persönlichkeit aus und sagt: „Komm', komm'!“ Sie ruft dringend, winkt mit dem Finger, zeigt auf den Platz an ihrer Seite, wendet sich um, schließt die Arme um das Phantom und bedeckt es mit Küssen. Die Ruhe kehrt wieder; Arm in Arm mit ihrem Geliebten geht sie in den Garten spazieren, tanzt bei den Klängen einer Militärmusik. Plötzlich wirft sie sich erschreckt aufs Bett; sie ist von Tieren umgeben, schlägt los, um diese zu töten. Endlich setzt sie sich, vergräbt den Kopf in die Hände, beklagt ihr schreckliches Schicksal.

Es ist dies wohl ein außerordentlicher Kasus. Bei den zahlreichen hysterischen Anfällen eigener Beobachtung kam etwas so Großartiges nie unter die Augen. Die Frage, inwieweit diese Attituden und Delirien Kunstprodukte einer Schule und einer bestimmten Zucht sind, ist ja bereits wiederholt aufgeworfen und deutscherseits meist im bejahenden Sinne beantwortet worden. Allerdings findet man in der Literatur vereinzelte Fälle, die den französischen gleichen, auch außerhalb Frankreichs, von neueren z. B. die schönen Beobachtungen **Giannulis**.

In Paris hat man Gelegenheit, sogar Gesetze dieser Stadien aufzustellen. So heißt es z. B., daß Frauen ganz gewöhnlich sexuelle Motive verarbeiten, oft koitusähnliche Bewegungen ausführen mit Pollution, während das beim Manne fast nie vorkommt, hier vielmehr Zornaffekte die Hauptrolle spielen. Bei einem und demselben Kranken wiederholen sich immer dieselben Bilder. Die Sinnestäuschungen gehorchen allen Regeln, die für hysterische Halluzinationen überhaupt gelten. Auf dieselben soll später im Anschlusse an die Äquivalentpsychosen eingegangen werden.

Mit dem Delirium ist aber die Symptomatologie der postparoxys-

mellen Geistesstörungen nicht erschöpft. Einfache Stimmungsanomalien sind selten; häufiger trübt sich das Sensorium, die Patienten räsonieren oder lassen anscheinend zusammenhanglose Äußerungen fallen; endlich beobachtet man nach dem Anfalle Schlafzustände, bald mit völliger Erschlaffung der Glieder, bald mit Katalepsie, bald mit Stupor. Der Kranke stellt sich mit offenem Munde, wie eine Statue hin; gelegentlich zeigt sich auch Negativismus. Bei Kindern findet man sowohl übertrieben lustige Stimmung mit lallendem, geziertem Schwätzen, motorische Erregung, Neigung zu beschädigen, zu zerstören oder ängstlich delirante Zustände. Es gibt auch hysterische Krampfanfälle, die scharf abklingen — nach der motorischen Entladung bietet das Individuum einfach einen Erinnerungsdefekt.

Ganz kurzdauernde Episoden von Geistesstörung bilden ein Anhängsel an den Anfall; sie können aber auch länger, Stunden, selbst Tage währen, so daß sie dadurch eine relative Selbständigkeit gewinnen und die Konvulsionen ihnen gegenüber zurücktreten. Auch hier führt eine fließende Reihe zu den selbstständigen hysterischen Psychosen.

Die Erinnerung an die letzte Phase des Paroxysmus kann so lebhaft nachempfunden werden, daß sie, für Wirklichkeit genommen, zu Wahnideen und krankhaften Handlungen im scheinbar wiedergewonnenen Normalzustande Anlaß gibt. Harmlos ist es, wenn z. B. eine Patientin nach dem Anfalle das Fenster öffnet, um die schwarze Katze hinauszujagen; schlimmer schon, wenn es zur Erstattung falscher Anzeigen kommt. Entsprechend der Neigung zu erotischem Bewußtseinsinhalt können fälschliche Anklagen versuchter oder vollführter Notzuchtsattentate erhoben werden, was forensisch von hoher Wichtigkeit ist.

Drei Kranke, welche wegen ausgesprochener postparoxysmeller Geistesstörung an die Klinik gebracht wurden, mögen den Reigen der eigenen Fälle eröffnen:

Beobachtung I.*)

Anna M., 25 Jahre, ledig, katholisch, gewesene Chansonette, wurde am 24. Jänner 1900 nach dem Nachtmahle plötzlich von allgemeinen Krämpfen befallen. Der herbeigerufene Arzt fand die Kranke bewußtlos noch in Konvulsionen am Boden liegend. Auf Ovarialdruck änderte sich die Szene. Patientin begann zu erzählen von einem Grafen, der sie früher ausgehalten, der aber vor einem Jahre gestorben sei, von einem Advokaten, von einer großen Summe, um die sie gebracht werden solle. Sie schimpfte auf den Vater, der kein Geld hergebe, verlangte Champagner, schlug um sich, kratzte ihre Umgebung, riß

*) Aus Gründen der Raumersparnis wurden die Krankengeschichten sämtlich auf das Äußerste gekürzt. Von psychischen Symptomen ist nur verzeichnet, was charakteristisch erschien, für den Aufbau der Diagnose zu verwenden ist; negative Befunde sind weggelassen (wenn z. B. von Stigmen, Sensibilitätsstörungen nichts erwähnt ist, so heißt das, daß auch bei wiederholter Untersuchung keine gefunden wurden).

sich die Haare aus, geberdete sich ganz wütend. Eine Morphiuminjektion (0·02 *g*) blieb ohne Wirkung. Patientin reagiert auf Fragen gar nicht, starrt zeitweilig mit zurückgebeugtem Kopfe einige Augenblicke in die Luft, um gleich wieder weiter zu schreien. Wegen zunehmender Aggression gegen die Umgebung wird die Kranke an die Klinik gebracht; ist hier vollkommen ruhig, aber schlaflos. Am

25. Jänner liegt sie vollkommen stumm da. Nachmittags ist sie klar, orientiert, antwortet prompt, erinnert sich an die jüngsten Ereignisse in summarischer Weise: Nach dem Souper wurde ihr schlecht, sie spürte Zuckungen im Arm und Unruhe. Es kam ein Arzt, der ihr eine Morphiuminjektion verabfolgte. Daß sie tobsüchtig war, weiß sie nicht, will auch nicht daran glauben.

Zur Anamnese: Mutter der Kranken leidet an Migräne, der Vater ist, namentlich in der letzten Zeit, unmäßiger Trinker. Von 7 Geschwistern starben 3, eines an Wasserkopf; alle Kinder hatten Fraisen, auch Patientin, die in protrahiertem Geburtsakt asphyktisch zur Welt kam, sich aber sonst normal entwickelte. 1888 ein Schädeltrauma mit Bewußtseinsverlust, 1891 eine Verletzung durch Hufschlag an Lippe und Unterkiefer. Mit 16 Jahren wurde sie Chansonette. zog in der Welt herum, trank viel Kognak und Champagner, knüpfte ein Verhältnis mit einem Grafen an. 1897 Abortus im dritten Monate der Schwangerschaft. Nach dem Tode des Grafen, dem sie angeblich Geld geliehen hatte, Gemütsbewegungen, dann konvulsive Zustände, flüchtige Zuckungen in Armen und Schultern mit Aufschluchzen ohne Bewußtseinsverlust. In der letzten Zeit gab es wieder Aufregungen infolge neu angeknüpfter sexueller Beziehungen.

31. Jänner. Patientin dauernd ruhig, geordnet, bezieht ihren Anfall auf vorhergegangenen, etwas reichlicheren Alkoholgenuß, will in Zukunft sich dessen enthalten. Geheilt entlassen.

Ein hereditär schwer belastetes Individuum, das neben einem Geburtstrauma auch zwei Schädelverletzungen in seiner Vorgeschichte aufweist. In einer wie noch gezeigt werden soll, für die Hysterie typischen Weise setzen nach einer Zeit depressiver Affekte motorische Störungen ein vom Gepräge des Funktionellen. Neuerlich eine Serie von Aufregungen und — vorläufig nur registriert — ein Alkoholkonsum, der aber gewiß nicht über das Gewohnheitsmäßige hinausging. Nun tritt ein schwerer hysterischer Anfall und daran schließend ein Delir der Erinnerung auf, in welchem die Kranke sich gleichsam alles von der Seele spricht, was sie in der letzten Zeit hinunterwürgen mußte: Es drücken sie finanzielle Schwierigkeiten — Patientin konnte eine Geldsumme nicht erhalten, sie spricht mit ihrem Advokaten darüber, sie beklagt sich über ihren Vater und läßt die begründet feindselige Stimmung ihre Umgebung entgelten. Die wahre innere Persönlichkeit lebt sich einmal aus. Durch ein Stadium der Unzugänglichkeit kommt die Kranke wieder in ihren Habitualzustand und hat nun, wiederum ganz charakteristisch, einen ungleichmäßigen Erinnerungsdefekt. Sie weiß Details von dem Besuche des Arztes, hingegen nichts von ihrer Aufregung. Es sieht aus, wie wenn sie sich über die ihr peinliche Tobsucht durch Nichtwissen hinweghelfen wollte. Derartig umschriebenen Amnesien begegnet man bei Hysterischen sehr gewöhnlich. Sogar nachher noch formen sich die Erinnerungen nach den Wünschen der Patientin. Sie benötigt die Freiheit, um ihre materiellen Forderungen geltend zu machen; sie hat obendrein mit dem Leben noch nicht abgeschlossen.

Nun wird die Krankheit, die früher in direkte Beziehung zu psychischen Traumen gesetzt wurde, mit Alkoholgenuß motiviert.

Beobachtung II.

Berta T., 16 Jahre, ledig, katholisch, Hilfsarbeiterin, kommt am 6. Februar 1903 an die Klinik.

5 Geschwister starben an Kinderkrankheiten, mehrere haben an Fraisen gelitten, 3 leben und sind gesund. Patientin selbst wurde als Kind von einem Wagen überfahren, ohne Schaden zu nehmen, lernte in der Schule schlecht, ging als Kindermädchen in Dienst. Am 19. Dezember 1901 trat ein Anfall von Schwindel und Bewußtlosigkeit auf. Derartige Anfälle häuften sich in der Folge, so daß Patientin kaum wenige Stunden im Tage davon freiblieb, zu keiner Arbeit verwendet werden konnte und fortwährender Überwachung bedurfte.

Nach der Einbringung vollkommen ruhig. Nachts beginnt die Kranke zu stöhnen, klagt über Kopfstechen und Atembeschwerden, weint zeitweise, schläft nicht.

7. Februar. Patientin macht prompte Angaben über ihre früheren Verhältnisse, benimmt sich ganz passend, weiß, daß sie von der Rettungsgesellschaft hereingeführt wurde. Demgegenüber befremdet ihre Behauptung, sie habe sich noch nicht erkundigt, wo sie da sei; nur mit einiger Nachhilfe läßt sie sich zu vollständiger Orientierung bringen. Sie berichtet bereitwillig von ihrer Anfällen; sie fühle nichts davon, wohl aber weiß sie, daß sie heute nachts einen Anfall hatte. (Non verum!) Man erzähle ihr, daß sie sich bei den Haaren nehme, in die Waschbottiche hineinlaufe, in den Schnee setze, des Nachts aufschreie. — Bei der körperlichen Untersuchung beginnt Patientin krampfhaft zu weinen, bleibt in Rapport mit der Umgebung. — Strabismus divergens, V-Austrittspunkte etwas druckempfindlich.

Während der Nachmittagsvisite, als der Arzt von den Anfällen der Patientin spricht, setzt heftiges Weinen ein, darauf folgen klonische Bewegungen der oberen Extremitäten und des Gesichtes vollkommen symmetrisch, dem Charakter nach wie intendiert; sie gehen in ein ungeordnetes Umherschlagen aus (zirka 2 Minuten). Danach erscheint die Kranke in ihrem Wesen verändert, wetzt im Bette hin und her, lacht, ruft eine Wärterin ganz richtig beim Vornamen, bittet um Wasser, nimmt aber sonst von der Umgebung keine Notiz; auch der Arzt, der sie anspricht, scheint für sie nicht zu existieren; das gebrachte Wasser stößt sie weg, verlangt ärgerlich von der Wärterin, diese solle wieder fortgehen. Plötzlich setzt die frühere Persönlichkeit ein, die Patientin blickt frei um sich, behauptet Amnesie für die ganze abgelaufene Szene, zeigt kein Bestreben, sich näher über die Sache zu orientieren. — Allerlei hypochondrische Beschwerden.

9. Februar. Bei der Vormittagsvisite neuerlicher Anfall. Rhythmische Weinlaute, dabei Herumwerfen, dann folgt eine Art Verwirrtheitszustand: die Kranke setzt sich auf ein fremdes Bett, läuft in ihr eigenes zurück, erscheint leicht ängstlich, plötzlich wieder frei; vollkommene Amnesie. Leichte Sensibilitätsdifferenz zwischen rechts und links.

10. Februar. Der Versuch wird in der Vorlesung wiederholt. Wie man sich mit der Patientin beschäftigt, wiederum rudimentäre Konvulsionen von einer Verwirrtheitsphase gefolgt, innerhalb welcher die Kranke einen andern Gesichtsausdruck zeigt, abgerissen spricht, nicht antwortet, wiewohl sie in unmittelbarem Rapport mit der Umgebung bleibt. Sie trippelt hin und her,

unternimmt ganz zwecklose Handlungen, bis unvermittelt die geordnete Persönlichkeit ruhig vor dem Arzte steht und auf seine Frage die Antwort erfolgt: „Ich weiß von nichts.“

Es wird der Patientin mitgeteilt, daß kein Anfall mehr kommen darf, sonst müsse sie elektrisiert werden, was sehr weh tue.

25. Februar. Patientin, die ganze Zeit über anfallsfrei, wird unter heutigem als geheilt entlassen.

Ein schwachsinniges Individuum, bei welchem die Grundeigenschaft der Hysterie die Suggestibilität hervorsticht. Die Anfälle, von wechselndem Gepräge, werden erst unter dem Einflusse des Spitals konvulsiv. Im Gegensatz zu der von der Patientin angegebenen vollständigen Amnesie steht es, daß die Kranke keine Miene macht, diese Bewußtseinslücke auszufüllen. Sie hört von einem Anfalle und die Tatsache, daß sie da in bewußlosem Zustande allerlei sonderbare Handlungen ausführt, müßte schon ihre kindliche Neugier anregen, wenn kein tieferer Eindruck erweckt wird. Nichts von alledem; die Patientin nimmt Mitteilungen über ihr Delir entgegen, wie etwa die Feststellung, daß sie zu Mittag gegessen hat. Es sieht so aus, als ob die unterbewußten Handlungen ihrem Wachbewußtsein doch nicht so fremd geblieben wären. Wie wenig im postparoxysmellen Zustand die Apperzeption übrigens gestört ist, geht schon daraus hervor, daß bereits die jüngsten Erinnerungsbilder Verwendung finden: Patientin erkennt die Personen ihrer Umgebung, spricht sie richtig an. Bezeichnend sind die negativen Halluzinationen, noch charakteristischer für die hysterische Bedeutung des ganzen, daß die Anfälle zu Hause so regelmäßig und häufig, in der psychiatrischen Klinik nach Wunsch hervorgerufen werden können: der Arzt braucht nur davon zu sprechen. Am bezeichnendsten aber ist, daß die Paroxysmen auf Befehl verschwinden, was einen hohen Einfluß des Willens verrät, und es gibt keine Krankheit, die so den Eindruck des Willkürlichen macht, wie die Hysterie.

Endlich möge ein postparoxysmeller Dämmerzustand hier angereiht werden, der insofern bemerkenswert erscheint, als er bei einem sehr jugendlichen Individuum auftrat.

Beobachtung III.

Marie B., 8jährige Schülerin der 2. Volksschulklasse.

Anamnese: Vater herzleidend, erregbar. Patientin entwickelte sich körperlich und geistig sehr gut, war aber empfindsam, weinte leicht. Sie überstand mit 3 Jahren Masern; trinkt zeitweise ein kleines Glas Bier. Am 24. April 1903 Impfung mit starker örtlicher und allgemeiner Reaktion. Die Kranke besuchte trotz Kopfschmerzen und Üblichkeiten die Schule, blieb erst am 6. und 7. Mai aus; am 8. Mai nachmittags ging sie wieder in die Schule, da sie sich schon besser fühlte. Die Mutter wurde benachrichtigt, daß das Kind zusammengefallen sei; sie eilte hin, fand Patientin, auf der Bank sitzend, ganz steif, ohne Reaktion auf Anrufen und Eingriffe, den Blick starr nach links gewendet. Während die Mutter sie am Arme nach Hause trug, ließ sie die Gliedmaßen schlaff hängen, hielt aber die Augen offen. Zu Hause blieb sie durch 2 Stunden regungslos im Bette, selbst auf schmerzhafte Reize erfolgte keine Reaktion. Plötzlich trat lebhafte Unruhe auf, verdrehte Körperstellungen, Schütteltremor der Arme und des Kopfes, weit ausholende große Bewegungen, ebenfalls durch 2 Stunden; nachher verwirrte Äußerungen, Schreien, Singen. Überführung in das Kinderspital.

Hier erwacht das Kind etwa eine Viertelstunde später aus einem bewußtlosen Zustande, ist sehr unruhig, verworren, droht aus dem Bette zu stürzen, macht Fluchtversuche. — Die körperliche Untersuchung ergibt, daß die Impfpusteln glatt abheilen; keinen Anhaltspunkt für irgendeine Infektionskrankheit. Am

9. Mai 1903 abends kommt Patientin am Beobachtungszimmer an, wälzt sich unruhig im Bette herum, stöhnt, schläft aber nach einiger Zeit ein.

10. Mai. Ruhig und äußerungslos in Seitenlage. Bringt man die Kranke in Rückenlage, so dreht sie sich sofort herum, bald nach rechts, bald nach links. Hält man sie fest, so stellt sich Jaktation und Unruhe in allen Gliedmaßen ein. — Beim Versuche eines Examens ist Patientin nicht scheu, aber unaufmerksam, ohne Interesse für die Situation; sie lacht öfter, spricht zuerst wenig, wiederholt dann Worte, die sie schon einmal gebraucht hat, oder die Frage des Arztes selbst mit Umstellungen und Abänderungen, produziert dabei öfter sinnlose Lautkombinationen, die als Entstellungen vorhergesprochener Worte zu erkennen sind.

Wie heißt du? — „Ich heiße B. Marie.“

Wie alt bist du? — „Ich heiß', — bitt', ich weiß es nicht mehr.“

Wie alt bist du? — „Bitt' dich frag' meine Mutter.“

Gehst du in die Schule? — „Ja.“

In welche Schule gehst du denn? — „In die Schul', in die Lernschul'.“

Was ist dein Vater? — „Der Vater geht in die Lernschul', mein Vater geht in die Ding', mein Vater geht wo andershin.“

Wo wohnst du? — „In die Ding', bitt', ich weiß es nicht.“

Hast du Geschwister? — „Ja, 3, 2 Brüder und dann einen Bruder.“

Über Vorzeigen von Gegenständen: Schlüssel: „Schlüssel“. — Bleistift: „Blei“. — Sacktuch: „Sacktuch“. — Papier: „Sacktuch“.

Auf wiederholtes Vorzeigen des Papiers immer wieder: „Sacktuch“, dann: „Bitt', ich weiß es nicht.“ Nachdem sie das Wort Papier gehört hat, fügt sie spontan hinzu: „Papier“. Nachdem laut das Wort „Bleistift“ ausgesprochen wurde, benennt sie das Papier auf neuerliche Frage: „Bleiplisch“.

Über Aufforderung, einzelne ihr genannte Objekte zu zeigen, trifft Patientin eine Reihe von Körperteilen und Gegenständen im Zimmer richtig, deutet aber bei jeder zweiten oder dritten Probe irrigerweise noch einmal auf das unmittelbar vorherbesprochene Objekt. Dem Befehle, einfache Aktionen auszuführen (Zungezeigen, Augenschließen, Handgeben, an den Kopf greifen, Aufstehen) kommt die Kranke eventuell über Stimulieren nach, sie neigt aber auch hierbei häufig dazu, eben vollzogene Bewegungen zu wiederholen. — Lachend unterbricht sie den Arzt durch die Worte: „Wenn mein Vater eins kauft, was da drauf hängen tut“ (zupft dabei an ihrem Ohrläppchen herum), gebraucht später die Bezeichnung „Ohrringel“. Endlich wird sie redselig und plauscht im Anschlusse an zufällige Eindrücke unter fortwährenden Selbstwiederholungen und kindischer Heiterkeit. — Pulsfrequenz zirka 140.

11. Mai. Mit einer roten Masche geschmückt, mimisch freier, läßt sich fixieren. Auf eine Reihe von Fragen antwortet sie zwar nur: „Bitt', ich weiß es nicht“, doch zeigt sie gutes Verständnis für die Umgebung, lacht über ein scherzhaftes Wort. Für den Fall einer Wiederholung der Krankheit wird ihr Elektrisieren angedroht. — Nachmittagsvisite: Patientin verrät in nichts, daß sie den Arzt wiedererkennt, spricht ganz unbefangen; muß erst darauf gebracht werden, daß die Örtlichkeit ein Krankenhaus sei, nachdem sie schon vorher spontan einige richtige diesbezügliche Antworten gegeben hatte. (Betten, Kranke, Gitterbett.) Schulkenntnisse ganz entsprechend.

12. Mai. Begrüßt den Arzt, erinnert sich an das versprochene Zuckerwerk. Vom letzten Tage, da Patientin die Schule besuchte, setzt eine amnestische Lücke ein, die gegen ihr Ende nicht sicher abgrenzbar ist. Mit der zeitlichen Orientierung hat die Kranke große Schwierigkeiten; sie macht kaum eine richtige Angabe; so glaubt sie, jetzt schon 8 Tage hier zu sein. Die erfolgte Impfung klingt in ihren Erzählungen wiederholt an. Unmittelbar vor ihrer Erkrankung erlitt sie noch dazu einen Schlag, gerade auf den schmerzenden Oberarm. Im Fortgange des Examens berichtet die Kleine, daß die Mutter sie aus der Schule trug, sie konnte nicht gehen. Als man auf die früher angegebene Amnesie hinweist und nähere Aufklärung verlangt, nimmt sie die Äußerung wieder zurück: „Bitt', ich weiß es nicht." Patientin macht keine Anstrengung nachzudenken; sie bevorzugt das prompte: „Ich weiß nicht." Nur für Sekunden blickt sie ernst oder gar träumerisch vor sich hin, muß beinahe stimuliert werden; sonst erscheint sie immer sehr aufgeweckt und lebhaft; es freut sie offenbar, daß man sich so eingehend mit ihr beschäftigt.

14. Mai. Andauernd geordnet, zutunlich; die amnestische Lücke bleibt bestehen.

16. Mai. Bei der heutigen abschließenden Besprechung gibt Patientin bereitwillig zu, krank gewesen zu sein. Sie erinnert sich, den Arzt, der ihr die Zuckerln brachte, schon am ersten Tage ihrer Anwesenheit gesehen zu haben (recte!) allerdings weiß sie nicht, daß er damals mit einem Kollegen an ihrem Bette stand.

Differentialdiagnostisch scheinen hier keine besonderen Schwierigkeiten obzuwalten. Bei dem zart entwickelten, geistig fast frühreifen Kinde tritt ein mehrstündiger polymorpher Anfall auf, der durch die großen koordinierten Bewegungen wohl genügend charakterisiert ist. Unmittelbar daran schließt eine psychische Störung, die noch 2 Tage anhält, dann aber mit einem Schlafe, kritisch, abklingt. Das Symptomenbild entspricht vollkommen dem, was später als Dämmerzustand vorgeführt werden soll. Im Gegensatze zu ihrer sonst auffallend gut entwickelten Intelligenz, zu ihrer Aufgewecktheit, benimmt die Kleine sich hier mehr als kindisch, sie bildet nach Art von Babys neue Worte. Die Amnesie ist ebenso widerspruchsvoll wie die Psychose. Über die Entstehungsweise derselben hat sich Patientin keinerlei Vorstellung gebildet. Das Unlustgefühl ihres körperlichen Leidens, durch einen unmittelbaren Schmerz gesteigert — der Schlag auf den empfindlichen Arm — setzt sich in einen hysterischen Anfall mit nachfolgender Geistesstörung um.

b) Das hysterische Delirium.

Die hysterischen Geistesstörungen können sich vollkommen vom Anfalle loslösen, indem sie entweder mit Krämpfen abwechselnd oder ohne solche auftreten; den Übergang vermitteln Patienten, bei denen die konvulsiven Anfälle sehr leicht sind, nur aus kaum merklichen Spannungen der Muskulatur oder wenigen Zuckungen bestehen, so daß diese hinter der Psychose völlig verschwinden. Dann hat man die transitorischen Geistesstörungen der Hysterie vor sich, als deren häufigste Vertreterin das Delir genannt wird. Dasselbe ist, insofern es einen ganzen Anfall vertreten kann, der Typus einer Äquivalentpsychose; doch möge dieses

Wort, das einer mehr theoretischen Deduktion entspricht, in der Diagnostik nicht verwertet werden; vielmehr empfiehlt es sich, die symptomatologische Seite der hysterischen Geistesstörungen zu betonen und demgemäß statt des vieldeutigen Ausdruckes Äquivalent gleich immer die Bezeichnung der betreffenden Zustandsform zu setzen, also hier Delirium, wenn die im folgenden auszuführenden Charaktere zutreffen und man nicht kurzweg akute hysterische Psychose sagen will.

Es scheint unnötig, erst ausführlich zu begründen, warum man hier von hysterischer Geistesstörung spricht; das Delirium wird als solche allseits anerkannt. Wegen des unmittelbaren Zusammenhanges mit den Krampfzuständen der Psychoneurose kann in zahlreichen Fällen daran gar nicht gezweifelt werden. Das genaue Studium dieser Delirien ist darum wertvoll, weil man die Grundzüge der Hysterie in ihrer Steigerung zur Psychose hier meist sehr leicht herausfindet und dadurch instand gesetzt wird, beim Auftauchen gleicher und ähnlicher Zustandsbilder auch ohne motorische Reizerscheinungen die richtige Diagnose zu stellen.

Die nun zu skizzierende Form hysterischer Geistesstörung tritt als ein durchaus eigenartiger Typus entgegen, der sich von anderen deliranten Symptomenbildern bei genauerer Analyse wesentlich unterscheidet; oft so charakteristisch, daß ein Blick die Sachlage klärt. Das Hauptgewicht wäre auf den Umstand zu legen, daß Suggestibilität, ein deutlicher Rapport mit der Umgebung besteht, selbst dann, wenn ein lebhaft affektvoll handelndes Delir auf traumhafter Bewußtseinsstufe vorliegt. Meist erscheint das Sensorium allerdings nicht soweit benommen, ja es gibt Kranke, die durch einfaches Ansprechen aus ihrem Ideenkreise gerissen und zu korrekten Antworten gebracht werden können.

Das hysterische Delirium ist nur episodenweise stumm, aus Gebärden und plastischen Haltungen zu erschließen, meist führen diese Patienten Selbstgespräche oder sie sprechen gar wie zu einem Auditorium. Sie stehen nach einer bestimmten Richtung hin, im ersten Falle häufig von den Ärzten abgekehrt, wie um in Entwicklung ihres Innenlebens ungestört zu bleiben. Wendet man das Bett oder geht man selbst in die Blicklinie, dann ändern die Kranken entsprechend ihre Aufstellung. Und sie erzählen allerlei, oft abgerissen, in Schlagworten, Ausrufen, aber doch in fließendem Gedankengange. So kann man erfahren, daß sie die Örtlichkeit mit all ihren Einzelheiten in bestimmter Weise verkennen, daß sie ihre Eltern, Verwandten, Freunde oder Feinde um sich sehen, illusionieren oder gar lebhafte Gesichtstäuschungen haben. Dieselben sind seltener ganz indifferent: Mäuse, Käfer; Szenen, wo man fremde Kinder prügelt; häufiger sehr affektbedürftig: Drohende, gespenstartige, phantastische Gestalten springen gegen sie los, große rote Tiere, Löwen, Tiger, Wölfe, Affen wollen sie fressen; rings umzingeln sie Flammen; ein andermal werden sie von Leichen umgeben, sehen Begräbnisse, Mordtaten. Die be-

weglichen Objekte sind fast ausnahmslos in der Mehrzahl vorhanden; es läßt sich feststellen, daß die drei Farben rot, grau, schwarz herrschen; endlich wurde von französicher Seite angegeben, daß die Erscheinungen in jener Gesichtsfeldhälfte auftauchen, die der Hemianästhesie der Patientin entspricht; sie bewegen sich dann in der Richtung nach der anderen Blickfeldhälfte.

Neben den Gesichtshalluzinationen, die sich häufig in den Vordergrund drängen, kaum je fehlen, trifft man Gehörstäuschungen. Die Kranken antworten halluzinierten Stimmen — auch hier überrascht der innere Zusammenhang — die Antworten wachsen zu Gesprächen über Tatsachen, Vorkommnisse aus. Andererseits bestehen primitive Akoasmen, Knistern, Rauschen, Glockenläuten. Neben Geruchs- und Geschmackstäuschungen angenehmen sowie unangenehmen Charakters erfährt man von Anomalien des Tast- und Muskelsinnes, die zu Wahnideen der allgemeinen Beeinflussung, des Elektrisiertwerdens, Brennens, Fliegens sich umsetzen. Die Patienten werden gefoltert, mit glühenden Zangen gezwickt, von Bestien zerfleischt etc. Endlich gibt es Störungen des Gemeingefühles, die bis zur teilweisen oder völligen Aufgabe des Persönlichkeitsbewußtseins führen.

An und für sich ist die einzelne Halluzination nicht charakteristisch, man findet ganz dieselben Störungen auch bei anderen Geisteskranken; eine spezifische Bedeutung gewinnen die Sinnestäuschungen erst durch ihre Aufdringlichkeit, durch die Stellungnahme des Individuums ihnen gegenüber. Man kann an ihrer hysterischen Natur nicht zweifeln, wenn sie z. B. zu Stigmen in Beziehung treten, etwa in dem Sinne, daß ein halluzinierter Hundebiß in die Gegend eines Druckpunktes verlegt wird, der Patient glaubt, daß man die gefühllose Hand abhackt. Es ist ebenso wichtig, wenn man die Sinnestäuschungen auf affektvolle Erlebnisse der Vergangenheit eventuell auf die krankheitsauslösende Ursache zurückzuführen vermag, das persönliche Moment, vielleicht in Verkleidung, Verzerrung, aber doch erkennbar wiedergespiegelt sieht. Endlich gehört es zum Wesen der Hysterie, daß die Sinnestätigkeit suggestiv zu beeinflussen ist. So kann es gelingen, durch einfaches Ansprechen oder scheinbar unbeabsichtigte Bemerkungen Halluzinationen hervorzurufen, den Gang derselben zu modifizieren durch Einwirkung auf die Sinnesorgane, die Kranken zum Aufgeben, sogar zu einer Korrektur ihrer Wahrnehmungstäuschungen zu bringen durch energischen Zuspruch eventuell durch schmerzhafte Reize.

Die Halluzinationen setzen sich zu Delirien zusammen. In einer Reihe von Fällen spielen die Kranken eine Szene aus ihrem Leben, und zwar in affektvoller Weise vor — genau dieselben Bilder, die schon als III. und IV. Stadium des Anfalles verzeichnet wurden, in schönster Ausprägung als Erinnerungsdelirien. Andererseits tragen diese Geistesstörungen das Gepräge freier Erfindung, haben einen außergewöhnlichen Inhalt.

können ins Groteske übertrieben werden. Die Patienten machen eine Ruderpartie, fallen ins Wasser, werden von den Fischen gefressen, schreien vergeblich um Hilfe, ertrinken, werden ermordet. Mit angstvollem Gesichte klammern sie sich an ihre Angehörigen oder streben zu entfliehen. Sie greifen die Umgebung an, schlagen, hauen, beißen, spucken blind um sich oder die Stimmung ist gehoben; es gibt Kranke, die im Delirium singen, lachen, springen, tanzen, sehr viel durcheinander sprechen, dabei ziemlich lebhaft auf Eindrücke der Umgebung reagieren, verschrobene, spottende Bemerkungen ohne Logik machen. Andere Patienten werden obszön, masturbieren. Doch kommen auch Delirien ekstatischen, religiösen oder dämonomanischen Inhaltes zur Beobachtung. Unvermittelt springt die Stimmung und der Inhalt des Delirs gelegentlich um. Besonders charakteristisch ist es, wenn die Kranke mitten im Delir direkt an die Ärzte sich wendet und diesen die Gestalt zeigt, die sie eben in einer Ecke erblickt. Anderemale ist das Examen nur einseitig; die Patientin spricht fortwährend zum Arzte in ihrem Ideenkreise, gewissermaßen als Antwort auf seine Fragen, ohne doch diese Fragen selbst zu beantworten.

Neben den Halluzinationen werden auch Wahnideen gebildet, meist solche depressiven Charakters, als Verfolgungswahn, seltener solche des Glücks. Der Wahninhalt kann recht einförmig sein, indem Ideen nur einer Art geäußert werden oder es herrscht ein bunter Wechsel von Verfolgungs-, Versündigungs-, sexuellen, religiösen Wahnideen mit Halluzinationen aller Sinne, wenig systemisiert, kaum weiter verarbeitet. Das ganze bleibt ein vorübergehender Erregungszustand; episodisch treten zur Erleichterung der Diagnose grelle Aufschreie, theatralische Affektstürme, ein Übermaß von plastischen Attituden, oder auch Krampfzustände hinzu.

Trotz der Überfülle an Sinnestäuschungen aller Art, trotz aller Wahnideen und Affektstörungen fehlt eine eigentliche Verwirrtheit. Wohl bekommt man falsche Antworten bezüglich der zeitlichen und örtlichen Orientierung; aus dem Verhalten, wenn auch nicht aus den Worten der Kranken ist aber zu entnehmen, daß sie sich in die Umgebung widerspruchslos einfügen. Der Gedankengang ist ungeordnet, manchmal wie zerfahren, doch vermißt man sowohl Reihenassoziationen, Ideenflucht, wie auch Sprachverwirrtheit, Wortsalat in typischer Ausprägung. Insofern es sich hier um Feinheiten handelt, die differential-diagnostisch verwertbar sind, möge die zusammenfassende Besprechung für später aufgespart werden; der innere, sozusagen logische Zusammenhang im Delirium sei aber hier schon registriert.

Zwar selten, aber bezeichnend für die psychogene Natur des hysterischen Deliriums sind Kranke, die ihre Persönlichkeit verlieren und sich in Tiere verwandelt glauben (Zoanthropie). Gilles de la Tourette zitiert einen Kasus, der sich 6 Wochen für ein Schwein hielt; Guinon berichtet

von einem jungen Mädchen, welches nach 3jährigem Bestande seiner Hysterie von einer Katze gebissen wird und nun in deliranten Anfällen Katze spielt:

Plötzlich ohne Vorboten wird der Blick starr, Patientin schielt auf die Nasenspitze, fällt auf die 4 Gliedmaßen, läuft auf Knien und Händen mit grimassierendem Gesicht, beweglichen Augen sehr lebhaft unter Tischen und Sesseln umher, springt auf diese. Sie miaut und pfaucht, kratzt, versucht zu beißen, spielt mit einer Papierkugel. Aufwachen ohne Erinnerung nach 5 bis 6 Minuten.

Die Dauer des typischen Delirs ist eine kurze; es kann wenige Minuten währen, erstreckt sich im Durchschnitt auf Tage. Es bricht plötzlich aus und klingt meist auch rasch ab, namentlich gerne durch einen Schlaf, worauf die Kranken amnestisch oder nur mit summarischer Erinnerung erwachen; in letzterem Falle bezeichnen sie das Ganze gern als Traum. Wenn die Geistesstörung länger dauert, kann sie im Gegensatze zu anderen Delirien, durch regelmäßigen Nachtschlaf unterbrochen werden; häufig ist der Schlaf kurz, ein Teil der Nacht lärmend. Andererseits erscheinen die Patienten bei Tage wie schläfrig, liegen durch Stunden mit geschlossenen Augen ruhig da, ohne doch zu schlafen. Versucht man die Lider zu öffnen, so werden dieselben krampfhaft zusammengepreßt, durch Anschreien, Rütteln, Kneifen der Haut ist keine Reaktion zu erzwingen. Nahrungsaufnahme findet dabei statt, wenn auch meist nicht ohne Nötigung; ebenso werden Stuhl und Urin in geordneter Weise abgesetzt. Auf derartige stille Episoden folgen dann gelegentlich Bilder, die den Krankheitswillen der Hysterie zum unmittelbarsten Ausdrucke bringen. Die Patienten gebärden sich wie von Schmerzen gefoltert, sie stöhnen, werfen sich herum, greifen an den Kopf, bemühen sich vergebens, eine erträgliche Lage einzunehmen, bis ein Affektausbruch ins Delirium zurückführt. In dieser Weise können hysterische Delirien durch Wochen, selbst Monate sich hinziehen, Exazerbationen wechseln mit Remissionen, mit Unterbrechungen bis zu anscheinend völliger Klarheit. Hier bieten die Patienten einen schön ausgesprochenen hysterischen Charakter, sie pseudologieren, drängen ihre Halluzinationen auf oder korrigieren wenigstens nicht. Neben mehr passiv verlaufenden Formen gibt es aber auch aktive, die in ihren ruhigsten Zeiten damit sich begnügen, auf die Umgebung loszuschimpfen, Materialschaden zu verursachen, keinen Augenblick ruhig bleiben; man beobachtet hier die höchst denkbaren Grade psychomotorischer Erregung mit hartnäckiger Selbstbeschädigung, Anschlagen des Kopfes gegen Wände und Gitter bei Beschränkungsversuchen, so daß es kaum gelingt, diese Kranken vor sich selbst zu schützen.

Insofern das Delirium einem respektive einer Serie von Anfällen entspricht, gehorcht es auch den Gesetzen der hysterischen Paroxysmen. Es tritt entweder nach einem schweren psychischen Trauma, nach reich-

lichem Alkoholgenusse, oder mit einer psychologisch zu begründenden Notwendigkeit eben in einem gegebenen Momente auf; es neigt außerordentlich zu Rezidiven, die ihrerseits gleichfalls auslösende Schädlichkeiten voraussetzen. Beides wird Behelf zur Diagnose. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß die Hysterischen außerordentlich empfindlich sind, das Wachrufen unangenehmer Erinnerungen durch einen dem Beobachter zunächst gar nicht verständlichen äußeren Anlaß, ausreichende Ursache für die Erkrankung abgeben kann. Eine hysterische Patientin bekam ihr Delirium, nachdem sie mit ansehen mußte, wie ein Bekannter als geisteskrank der Irrenanstalt übergeben wird. Wenige Tage nach ihrer Geheiltentlassung erkrankt dieselbe Patientin neuerlich. Warum? Ihr Bruder hatte sie zu sich genommen und hielt sie streng, mit ihm vertrug sie sich nicht; ihren früheren Dienstplatz hatte sie verloren; der Krankheitswille springt da helfend ein. Gerade in diesem Beispiele eigener Beobachtung schien die Ätiologie noch dunkler, da die verlogene Patientin natürlich sofort wieder auf Entlassung drängte, die erst von Dauer wurde, als man ihr eine entsprechende Unterkunft verschaffte.

Während aber hysterische Anfälle meist unmittelbar an einen Shock anknüpfen, pflegt dem Delir eine Latenzzeit vorauszugehen, die manchmal durch eine Art Aurasymptome ausgefüllt wird: Die Kranken sind unfähig sich zu beschäftigen, stumm, apathisch oder sie klagen über Kopfschmerz, Übelkeit; sie drohen mit Selbstmord, äußern Furcht vor der Irrenanstalt, weinen oder lachen krampfhaft; nach kaum merklichen Konvulsionen setzt dann erst das Delirium ein. Es gibt hysterische Persönlichkeiten, die auf jede Häufung psychischer Widrigkeiten mit einem Delir antworten, so wie andere ihre Krämpfe bekommen. Die Äquivalente sind dann oft ganz rudimentär, setzen sich nur aus wenigen Halluzinationen zusammen; sie schließen gerne traumhaft ab, mit oder ohne plastische Stellungen. Es kann dieser traumhafte Abschluß für längere Zeit die Stimmung beherrschen, ohne daß die Kranken ihres Bewußtseinsinhaltes sich erinnern würden, wenigstens Fragen gegenüber; es bleibt nur die Wirkung aufs Gemütsleben nachweisbar, genau wie nach konvulsiven Anfällen.

Bei der allgemeinen Anerkennung, deren das hysterische Delir sich erfreut, mag es gestattet sein, die theoretischen Ausführungen zu beenden, um durch einige instruktive Fälle aus der psychiatrischen Klinik sowohl die Symptomatologie, wie den Aufbau und die Reaktionsweise der Krankheit näher zu illustrieren. Letztere Momente sind entscheidend. Im einzelnen läßt sich die Symptomatologie des hysterischen Deliriums nicht erschöpfen; nur die psychologische Analyse des Patienten gibt Gewähr für die Richtigkeit der Diagnose.

Beobachtung IV.

Katharina W., geboren 1880, katholisch, ledig, Magd, begann am 27. November 1902 plötzlich verwirrtes Zeug zu sprechen. Zur Polizei geführt, betritt

sie die Amtslokalitäten mit den Worten: „Hier sind die Gauner, die mich umbringen wollen; der hat einen Revolver." Sie blickt unverwandt in eine Ecke, stöhnt wiederholt, reagiert auf keine Ansprache, scheint auch ihren Bruder nicht zu erkennen.

An die Klinik gebracht, lärmt und schreit die Kranke (man wolle sie umbringen), so daß sie isoliert werden muß.

28. November. Patientin sitzt im Gitterbette, sieht mit gespannter Miene nach einer bestimmten Richtung und stößt in überlautem Tone, ganz scharf artikuliert, einzelne ziemlich zusammenhangslose Worte aus: „Nein ... nein ... nicht Schwester ... dieser Geistliche ... nein ... Herr Notar ... Kloster." (Lebhafte Gestikulation mit den Händen, blickt dann starr gegen die Decke.) „Sehen sie! ... nein (in ungezählten Wiederholungen) dieser Pfarrer ... mein Beruf nicht ... nein ... Was wollen sie von mir?" Gegen die Umgebung verhält Patientin sich abweisend; stört man sie, so wendet sie sich nach der andern Seite und deliriert weiter: „Was, ich? ... nein, nein und nochmals nein! ... Herr Notar ... Hohensalzach ... da nicht ... was, was will man von mir? (strampelt mit den Beinen, Koitusbewegungen?) ... Meine Mutter nicht, ich ja ... diese arme Mutter, meine Mutter (Variation dieser Worte durch alle möglichen Modulationen des Affektes) ... dieser Pfarrer, dieser Hund, was will der von mir ... nein ... mein Beruf nicht ... keine Schwester, mein Geld (wiederholt das mit kreischender Stimme) ... Verlust ... (reibt sich die Augen) ... dieser Ulrichspfarrer, ... nein!" Unterdessen wird der Versuch wiederholt, sich mit der Patientin in Rapport zu setzen; die Ärzte tauschen Bemerkungen aus; die Kranke schreit nun: „Ich bin ganz bei Besinnung, bei Bewußtsein ... ja ... Gott! mein Vater!" — Patientin wird aufgefordert, sich aufzusetzen, was sie mit einiger Nachhilfe tut. Auf freundlichen Zuspruch kommen noch einige kurze scharfe: „Nein!" dann blickt sie den Arzt an.

Wie heißen sie? — (Laut schreiend): „Kathi ... dieser Zechmeister" ...

Wie alt? — (Ebenso laut): „15 Jahre."

Sie behauptet, den Arzt nicht zu kennen, glaubt sich im Irrenhause; in welchem, weiß sie nicht; sei seit 14 Tagen hier.

Warum? — (Leise flüsternd): „Ich weiß nicht."

Selbst hereingekommen? — „Ganz gesund."

Irrsinnig? — „Ich weiß nicht."

Angst? — „Was will man tun mit mir? Immer kommt einer in der Nacht in den Winkel ... kann nicht schlafen."

Zu näheren Ausdrücken gedrängt, erzählt sie dann, daß heute in der Nacht ein kleiner blonder unbekannter Herr mit langem Winterrock im Zellenwinkel saß und sie belästigte. Er sprach zwar nichts, spottete sie aber aus, ahmte sie nach, streckte die Zunge heraus, machte Faxen. — Während dieser Auskünfte blickt Patientin konsequent zur Seite. Über Vorhalt ihrer deliranten Äußerungen von vorhin, leugnet die Kranke alles ab, sie wisse von nichts, habe nicht von Hohensalzach etc. gesprochen.

Zur Anamnese macht Patientin anfangs ganz korrekte Angaben, wenn sie auch nur knapp und scharf antwortet. Ihre Eltern leben; sie ging durch 7 Jahre in die Schule, lernte sehr gut. Auf einmal springt sie ab: „Ich bin nicht irrsinnig!" dabei blickt sie wieder starr in die Ecke. (Fortsetzend.) Sie sei dann bei den Eltern geblieben, immer, immer ... (in endloser Wiederholung). Auch die folgenden Antworten werden mehrfach gegeben, bis die Kranke endlich ganz sinnlos auf eine Frage erwidert: „Meine Mutter!" Dann zeigt sie auf die Wärterin und wiederholt noch schärfer und bestimmter: „Meine

Mutter! . . . ich will nicht hier bleiben . . . (schluchzend) ich bin nicht irrsinnig . . . (zeigt in die Ecke) dieser Herr hier ist wahnsinnig, ist verrückt“, läßt sich nicht überzeugen, daß in dieser Ecke niemand sitzen kann. Patientin behauptet nicht zu wissen, an welchem Orte sie sei, sagt aber dann ganz richtig „Wien“; entzieht sich dem weiteren Examen durch endlose Wiederholung: „Meine Mutter!“

Abwehrreaktionen und lautes Schreien bei Druck auf verschiedene Nervenpunkte. Als man Nadelstiche versucht, heult Patientin furchtbar: „Bitte schön, Herr Doktor; Sie sind der Herr Doktor, ich seh schon.“ Dann wird sie wieder unaufmerksam: „Mein Gott, er kommt schon wieder, der Pfarrer; da sitzt er schon wieder, oben.“ Sie leugnet, daß sie jetzt phantasiere; habe auch früher nie phantasiert. Sei seit zwei Tagen vazierend, mußte ihren letzten Dienst verlassen, weil „er“ ihr keine Ruhe gab. Heute sei Montag 28. Jänner; man muß ihr lange zureden, bis sie November zugibt. Das jetzige Jahr sei 2, 1800 . . ., 1902; behauptet, seit 14 Tagen hier zu sein; „der Kerl dort sitze schon 14 Tage an der Wand.“

Nachmittags: Patientin behauptet, trotzdem man ihr entschieden widerspricht, daß der Kerl eben wieder an der Wand stehe. Als man sie zu der bezeichneten Stelle führt, schreit sie theatralisch auf, muß aber zugeben, daß er „jetzt“ verschwunden sei. „Er wird gewiß wiederkommen, dann werde ich ihn hinunterwerfen.“ Die Kranke macht drohende Gebärden gegen die Ecke. Vollkommen orientiert.

In der Vorlesung vorgestellt, bietet sie das gleiche Verhalten; sie stößt einzelne kurze Worte, wie Antworten auf Halluzinationen hervor, ist zwischendurch examinierbar, hält an der Realität ihrer Sinnestäuschungen fest. Als sie durch die Kanzlei geführt wird, ruft sie den dort anwesenden Ärzten das Wort „Esel“ zu.

29. Mai. Status idem; Patientin verrät durch ihr Anknüpfen ihre Orientierung. (Zum Professor gewendet): „Dieser Herr war gestern bei 5000 Herrn gewesen, er ist mehr wie ein Herr Doktor, ein Professor.“ Weiter behauptet sie, daß jener Kerl, Gauner seit 3 Uhr nachts an der Ecke sitze und eine Bewegung mache „wie der größte Mörder“. Als man die Sensibilität prüft, ertönt dasselbe kurze scharfe „Weh“ und erfolgt intensive Abwehrreaktion. Verlangt in ein Krankenhaus, leugnet in einem solchen zu sein.

Wenige faradische Pinselstriche (mittelstarker Strom) bringen die Patientin zum lautesten Wehklagen. Sie muß durch mehrere Wartpersonen gehalten werden, ändert dabei ganz unvermittelt ihr Wesen, beginnt fließend zu sprechen: „Ich bin schon gesund, ich werde alles erzählen . . . ich habe eine Bekanntschaft gemacht . . .“ Sie erhält den Auftrag, morgen zusammenhängend über ihre Krankheit zu berichten.

30. November. Als Patientin heute zur Rede gestellt wird, ist sie abweisend und will wieder mit ihren Halluzinationen anfangen. Als die Elektroden gebracht werden, protestiert sie heftig; nach kurzer Einwirkung des faradischen Stromes erfolgt aber eine geordnete sachliche Erzählung: Am 27. November nachmittags habe sie einen Kaffee getrunken, darauf sei ihr plötzlich wirr im Kopfe geworden; sie erinnert sich der Untersuchung durch den Polizeiarzt sowie ihrer Einbringung. Ein Kanzlist des früheren Dienstherrn habe sie mit Liebesanträgen verfolgt; da er aber verheiratet war, wollte sie nichts davon wissen. Kürzlich nun hätte er sie in der Kanzlei mit dem Revolver bedroht, wenn sie ihm nicht zu Willen sei. Die Erscheinung in der Ecke identifiziert die Kranke mit diesem Herrn St. Ihr letzter Dienstgeber habe sie einmal ins Schlafzimmer gelockt und behufs eines unsittlichen

Attentates auf den Teppich niederwerfen wollen. Einige Tage später sei er, während seine Frau im Zimmer schlief, halb entkleidet in die Küche gekommen und machte neuerlich einen sexuellen Angriff. Patientin rief die Frau zu Hilfe; es gab eine Auseinandersetzung zwischen den Ehegatten, die Frau bekam einen Weinkrampf, das Mädchen verließ auf der Stelle den Dienst. Sie bat nun den Pfarrer von St. Ulrich um Rat, weil sie ins Kloster gehen wollte. Der Pfarrer sagte, es seien 3000 fl. dazu erforderlich; übrigens ermahnte er sie, einen solchen Schritt erst ordentlich zu überlegen.

Alle diese Angaben werden nur unter dem Eindruck der drohenden Faradisation in geordneter und gesichteter Weise gemacht; dazwischen zeigt sich aber bei der Patientin stets die Neigung, alles in affektierter, theatralischer Weise, gesucht phantastisch darzustellen, unter steter Hervorhebung ihrer Leiden und Verfolgungen den Zusammenhang zu verlassen; gelegentlich werden auch ganz unsinnige Angaben eingeflochten („Ich bin wohl schon einige Monate hier"). Über energische Einsprache und Vorweisung des Pinsels aber kehrt die Kranke sofort wieder zur geordneten Redeweise zurück, bezeichnet sich häufig in eindringlicher Weise als gesund.

1. Dezember. Nach Wärterrapport benimmt sich die Patientin noch etwas ungeordnet, geht zwecklos herum, singt, mischt sich in Vorgänge der Umgebung. Dem Arzte gegenüber gibt sie vollkommen korrekte und ruhige Antworten, wiederholt auf Befragen in bestimmtester Weise die gestrigen Daten, gesteht rückhaltlos zu, daß der halluzinierte Mann nicht dagewesen sei. Sie erklärt sich für vollkommen gesund, bittet flehentlich, sie nicht mehr zu elektrisieren. Sie hält sich in der Nähe der Visite, hört aufmerksam zu, spricht die verschiedensten Herren an: man möge sie nicht mehr elektrisieren.

Da die Berichte der Patientin über die sexuellen Attaken in hohem Grade unglaubwürdig erschienen, versuchte ich wenigstens über eines derselben, das eine Mitwisserin hatte, ins Reine zu kommen. Die Kranke nannte ohne Zaudern die Adresse des letzten Dienstgebers; ich suchte die betreffende Dame auf und diese gestand auf eine diskrete Anfrage hin, daß sie tatsächlich ihren Herrn Gemahl bei einer Annäherung an die Patientin überrascht habe; unwahr sei nur, daß das Mädchen um Hilfe gerufen und daß sie den Dienstplatz freiwillig verlassen habe. Im übrigen schilderte die Frau einen unsteten, verlogenen, hysterischen Charakter. Alle Ort- und Zeitangaben der Kranken erweisen sich in weiterer Verfolgung des Lokalaugenscheines als richtig.

2. Dezember. Bei wiederholtem eingehendem Examen entwickelt die dauernd geordnete, krankheitseinsichtige Person folgendes: Als Kind immer gesund. Sie war fromm, zu traurigen Stimmungen geneigt; besuchte 2 Klassen der Dorfschule; wegen Schwächlichkeit ging sie dann nicht zur Feldarbeit, sondern beschäftigte sich im Häuslichen. Mit $14\frac{1}{2}$ Jahren trat sie in Wien in Dienst, verzeichnet in ihrem Ausweise 4 Plätze; an 3 war sie nur durch je einige Tage, angeblich nicht aus eigenem Verschulden. Außerdem sei sie durch Monate zu Hause gewesen. Mit 15 Jahren menstruiert. In dem Maße, als das Examen sich der Gegenwart nähert, verliert Patientin die Ordnung ihres Gedankenganges, sie verwickelt sich in Widersprüche bezüglich der zeitlichen Orientierung, erinnert sich nicht und behauptet, es sei erst jetzt so, daß sie sich gar nichts mehr merken könne. Die Kranke leugnet zunächst jeden sexuellen Verkehr; behauptet, daß sie wohl lebenslustig war, aber nur mit einer Freundin auf Unterhaltungen gegangen sei; doch gibt sie zu, daß dort eventuell jemand sich angeschlossen habe. Nachdem Patientin nachdrücklich versichert, daß sie nie in ihrem Leben eine Lüge gebrauchte und

wenn es ihr Vorteil gewesen wäre, läßt sie sich doch endlich zu dem Geständnisse herbei, daß sie in ihrem 18. Lebensjahre ein Geschlechtsverhältnis mit einem Bauernburschen einging. Sie fand aber, daß sie für das Landleben nicht passe, verließ darum ihre Heimat, zumal sie die Eltern sehr streng, wie eine Gefangene behandelten. Im Gedenken an jenen Geliebten habe sie sich hier in Wien von jedem Manne ferngehalten. Nun kommt die Kranke auf ein unangenehmes Ereignis, das ihrer Einbringung voranging. Eine schöne Handarbeit, über welcher sie den ganzen Sommer gesessen, sei ihr gestohlen worden; die Täterin leugnete den Diebstahl ab und nicht genug damit, sie drohte mit Verleumdungsklage, wenn die Patientin ihren Verdacht noch einmal zu äußern wage. Bei Reproduktion dieser Reminiszenz tritt ein lebhafter Affekt auf; die Kranke wird sehr erregt: „Am Ende komme ich noch zu Gericht".

Auf eine Reihe dringender Fragen gibt sie nun doch an, auch hier in Wien, und zwar mit dem Kanzlisten St. sexuellen Verkehr gepflogen zu haben. Sie wußte zuerst nicht, daß dieser Mensch verheiratet war, erhörte ihn, da er ihr gefiel. Später will sie moralische Bedenken empfunden und darum das Verhältnis aufgelassen haben. Nun wurde sie in den letzten Monaten krank; Seitenstechen, Kopfschmerzen leiteten einen Gelenksrheumatismus ein, so daß sie ins Spital gehen mußte. Herr St. habe sich in der fürsorglichsten Weise ihrer angenommen, sie gepflegt, so daß sie nach ihrer Genesung ihm wieder Zusammenkünfte bewilligte. Bei einer solchen in der letzten Zeit habe er nun einer Liebeswerbung dadurch mehr Nachdruck gegeben, daß er einen Revolver vom Kasten langte und an ihre Schläfe ansetzte. Patientin gibt zu, daß der Revolver nicht geladen war, das ganze wohl nur ein Scherz sein sollte; Im Moment aber sei sie doch heftig erschrocken. Jetzt sei es für immer aus, sie wolle den Mann nicht mehr sehen.

Nach den beiden Attentatsversuchen von seiten ihres letzten Dienstgebers, der ihr unsympathisch war, empfand sie es sehr unangenehm, daß sie den Dienst auf der Stelle verlassen mußte und jetzt knapp vor Weihnachten dastand, ohne Aussicht, gleich wieder eine Stelle zu finden. Sie vazierte durch einige Tage, hatte den Auftritt mit der Diebin, ging dann zum Pfarrer, um sich wegen des Eintrittes in ein Kloster zu informieren. Sie motiviert diesen Wunsch ganz unzureichend damit, daß sie so gerne bete und das im Dienste doch nicht tun könne.

Für die Störungen zu Beginn ihrer Erkrankung ist Patientin dauernd amnestisch, doch erinnert sie sich sehr genau, daß in der ersten Nacht an der Klinik eine Kranke starb. Das hätte großen Eindruck auf sie gemacht, sie furchtbar erregt. Scheu vor dem Tode bestand überhaupt immer. Ihre Großmutter starb vor 7 Jahren und heute noch traue sie sich nicht in das Sterbezimmer, wenn es dunkel sei; alle Vorsätze nützten nichts gegen diese Schwäche.

Patientin kann den Ausbruch ihrer psychischen Störungen nicht motivieren, ihr sonderbares Verhalten nicht aufklären. Sie entwickelt ein geordnetes Zukunftsprogramm, drängt nach Entlassung. Der hysterische Charakter ist ziemlich deutlich. Sie fühlt sich an der Klinik wohl, ist anspruchsvoll und launisch, weigert sich zum Examen zu kommen; geht dann freiwillig und gibt rückhaltlos Auskünfte.

8. Dezember. Abends sehr erregt, erklärt, man halte sie zum Narren, verspreche ihr immer die Entlassung und doch sei sie noch hier; macht einen Erwürgungsversuch angesichts der Wärterin.

10. Dezember. Räsoniert gegen die Visite über ihre Zurückhaltung,

wird gleich wieder still, gibt anderen Patienten gute Lehren, spricht ihnen mütterlich vernünftig zu.

18. Dezember. Jetzt dauernd ruhig, äußert fast handgreiflich ihre Sympathie für einen der Ärzte, dem sie ihre Genesung verdanke. Beschäftigt sich auf der Abteilung. Am

22. Dezember geheilt entlassen.

Bei einer Person, die als charakterologisch abnorm, speziell als verlogen geschildert wird, die aber nie Krampfanfälle hatte, tritt im Anschluß an eine Häufung persönlich unangenehmer Affairen eine akute Geistesstörung auf. Wiederum ist es der Bewußtseinsinhalt der letzten Zeit, welcher in verzerrter Form von der Patientin aufgerollt wird. Das Delir ist außerordentlich affektvoll — die Kranke nur im Gitterbette auf der Tobabteilung zu halten — aber dennoch so oberflächlich, daß ein lebhaftes Anschreien genügt, um die Kranke aus der delirierten Situation zu reißen und zu einer vollkommen geordneten Antwort zu bringen. Die Drohung, eine Faradisation zu wiederholen, die kaum als schmerzhaft bezeichnet werden kann, hat die überraschende Wirkung, daß Patientin sich dauernd auf ihre normale Persönlichkeit besinnt. Die Geistesstörung trägt etwas Gemachtes an sich; man gewinnt aus dem Verhalten den Eindruck, daß die Patientin jederzeit die Sachlage voll und ganz beherrscht, daß sie ihr wahres Ich keinen Moment aufgibt und die zweite delirante Person nur oberflächlich schauspielert. Man denkt darum auch an Simulation; doch ist diese Annahme unhaltbar schon aus dem Grunde, weil die Patientin kein Interesse daran haben konnte, geisteskrank zu erscheinen, weil auch die erstmalige Versetzung in eine Irrenstation, speziell auf die Tobabteilung, ihr Verhalten nicht zu erschüttern vermag; übrigens fehlten ihr wohl auch die Vorbilder, um eine so eigenartige Rolle durchzuführen. Es hat vielmehr die angehäufte innere Spannung die Summation von Unlustgefühlen bei der minderwertigen hysterischen Person zur Entladung im Sinne eines Äquivalents geführt. Sie stand vor Weihnachten postenlos da; nachdem ihr auch die Flucht ins Kloster — eine Art physiologischer Reaktion — nicht glückte, sprach sie sich in Form des Delirs ihren Groll von der Seele. Jede einzelne ihrer Äußerungen, jede ihrer Halluzinationen steht in unmittelbarer Beziehung zu den Ereignissen, welche für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich gemacht werden dürfen: es geht dies aus dem Examen klar genug hervor. Auch im späteren war die Labilität des seelischen Gleichgewichtes zu erweisen: eine Unterredung mit dem Arzte über persönliche Verhältnisse löst psychische Elementarstörungen aus. Für Hysterie charakteristisch scheint endlich die Art, wie Patientin sich examinieren läßt. Während sie handgreiflich lügt, versichert sie, daß sie nie ein unwahres Wort spreche; sie spricht und hält doch mit allem, was wichtig wäre, hinter dem Berge. Treibt man sie in die Enge, so verwickelt sie sich in Widersprüche, bemüht sich gar nicht, dieselben aufzuklären; sie redet sich auf ihre Krankheit aus. Durch schmerzhafte Eingriffe kann man die volle Wahrheit erfahren, dieselbe ist der Patientin also, und zwar als Wahrheit bewußt. Derselbe Schmerz bricht auch den Krankheitswillen.

Beobachtung V.

Katharina B., 22 Jahre alt, ledig, katholisch, Prostituierte, kommt am 2. Juni 1902 an die Klinik.

Im Parere heißt es: „Patientin verübte vor zirka 1 Woche einen Selbstmordversuch durch Trinken einer Phosphorlösung; sie wiederholte denselben

heute vormittags, wurde kurz darauf delirant, schrie, sang, weinte, riß sich die Kleider vom Leibe, verlangte zum Kaiser, sah einen Mann mit einem Messer in der Hand, der sie ermorden wolle." Behufs des Transportes muß sie auf eine Tragbahre geschnallt werden.

An der Klinik ist sie zunächst ruhig; sie läßt sich ohne Widerstreben den Magen wiederholt auswaschen, Terpentinöl verabreichen und mit Infus. Sennae irrigieren. Dann singt sie melancholische Lieder, verlangt dazwischen Zigaretten.

Bei der Nachmittagsvisite liegt die Kranke stumm und unbeweglich da. Nach einigen Nadelstichen, die eine erhebliche Sensibilitätsdifferenz zwischen rechts und links erkennen lassen, sagt Patientin: „Zum Kaiser möchte ich gehen." Erst nach wiederholtem Eindringen erfolgen Antworten, die möglichst inhaltslos, mehr durch die Frage des Arztes suggeriert scheinen: Sie wolle dem Kaiser vieles erzählen von der Schlechtigkeit der Menschen, sie habe im Leben bereits viel durchgemacht; sei hier im Spital. Unvermittelt wieder heftiges Verlangen nach Zigaretten. Die Kranke behauptet, in der Hoffnung zu sein; in welchem Monate und von wem, wisse sie nicht; sie habe ja seit 5 Jahren ein „Buch". Da sie das Leben nicht mehr freue, wollte sie sich umbringen. Patientin kehrt immer zum Ausgangspunkte zurück: sie wolle nur zu ihrem Kaiser fahren, der sie sofort empfangen werde etc. Sie erkennt den Arzt als solchen, erklärt sich nicht für krank, bleibt bei all ihren Ausführungen affektlos, wie verschlafen, verfolgt dennoch die Vorgänge in ihrer Umgebung. Der gegenwärtige Selbstmordversuch sei der vierte binnen 14 Tagen; sie habe immer zwei bis drei Pakete Schwefelhölzer in Wasser zubereitet. Ihr Lebensüberdruß sei veranlaßt durch eine Strafe von 24 Stunden Polizeiarrest wegen Trunkenheit; Patientin muß aber zugestehen, daß sie bereits mehreremale abgestraft ist. Über ihr delirantes Verhalten zur Rede gestellt, meint sie, es träumte ihr, daß ein unbekannter Mann, der bis hierher ins Haus mitkam, sie mit einem Messer umbringen wollte. Auf einmal fängt die Kranke zu singen an, verlangt nach Zigaretten; über energischen Zuspruch erhält man wieder korrekte Antworten.

3. Juni. Klage über Kopfschmerzen. Fleckige Anästhesien, welche die Mammae und den Beckengürtel umfassen; keine Anzeichen von Phosphorvergiftung.

4. Juni. Klar und geordnet, heiterer Laune; motiviert ihre Suicidversuche mit „Dummheit". Weshalb sie zum Kaiser gehen wollte, weiß sie nicht, wahrscheinlich war sie „aufgeregt". In letzter Zeit habe sie sich mit ihrem Geliebten zerstritten. Lächelnd gibt sie zu, sie hätte nur schwedische Hölzer in Wasser gelöst.

10. Juni. Seit 4 Tagen außer Bett; Stigmen geschwunden. Die Kranke drängt nach Entlassung. Als diese ihr abgeschlagen wird, beginnt sie laut zu plärren, eilt dann der Visite in den Garten entgegen, setzt sich zur Eingangstüre, so daß man sie sehen muß, schluchzt ganz herzbrechend. Patientin wird nicht beachtet. Als der Arzt unvermutet sich zurückwendet, blickt sie eben lächelnden Gesichtes verstohlen in die Höhe. Am

18. Juni wird sie in der Vorlesung vorgestellt. Sie kommt in gewählter Toilette, tut als ob sie sich schämen würde, gibt an, wiederholt berauscht gewesen zu sein. Vor dem letzten Selbstmordversuche trank sie von Nachmittag bis zum frühen Morgen 8 Krügel Bier, 4 Liter Wein und um 2 fl. 50 kr. (?) Schnaps. Die Kranke erinnert sich, daß sie zwischendurch einmal auf der Gasse, im Kaffee „Kaiser", war und vor dem Eingange der Landes-

irrenanstalt randalierte. Sie wollte mit aller Gewalt hinein, um 24 Stunden zu verkosten, wie es dort zugehe. Hier in der Anstalt dachte sie im genannten Kaffeehaus zu sein, in welchem ihr Geliebter Marqueur werden sollte. Von diesem Kaffee Kaiser wird auch die Wahnidee: „zum Kaiser zu gehen" abgeleitet. Bezüglich des Mannes mit dem Messer befragt, gibt sie an, einen solchen eines Abends tatsächlich gesehen zu haben, der ihr dann in ihren Träumen wieder auftauchte.

20. Juni. Beschäftigt sich fleißig mit Handarbeit; stellt sich bei der Visite stets in den Vordergrund, weiß es durch Platzwechsel einzurichten, daß sie einigemale gesehen wird; kokettiert mit dem Arzte. Am

28. Juni treten Menses ein; es besteht also keine Gravidität.

15. Juli. Patientin hat sich während der festgesetzten Probezeit musterhaft aufgeführt; ist vollkommen einsichtig für den Alkoholmißbrauch, verspricht Abstinenz; wird unter heutigem entlassen. Am

23. Jänner 1903 abends 6 Uhr wird die Person ins Polizeigefangenhaus gebracht, um daselbst eine 18stündige Arreststrafe zu verbüßen. Um 8 Uhr treten allgemeine Krämpfe auf; die Kranke erholt sich nach kurzer Zeit von ihrer Bewußtlosigkeit, führt Reden des Inhaltes, daß sie schwarze Teufel sehe, daß man sie verfolge, mit einem Messer umbringen wolle. Die Krämpfe wiederholen sich noch zweimal; dazwischen hochgradige Aufregung. Patientin vergießt reichlich Tränen, reißt sich die Kleider vom Leibe, preßt mit den Fingern aus ihren Brüsten Kolostrum.

Bei Ankunft an der Klinik um 11 Uhr nachts will die Kranke gleich wieder fort, beruhigt sich dann aber, schläft die ganze Nacht.

24. Jänner früh. Patientin macht einen verschlafenen Eindruck, ist etwas gehemmt, mürrisch. Sie behauptet, daß sie sich fürchte, kann nicht angeben, wovor. Über Vorhalt des Parere verstummt sie vollkommen. Sie weiß, daß sie $^1/_2$ Tag hier sei, mit der Rettungsgesellschaft eingebracht wurde; sie erkennt die Ärzte wieder, bestätigt, daß sie schon einmal in der Irrenanstalt war, doch sei sie nicht krank gewesen, will sich an die Vorgänge von damals nicht erinnern; klagt über Kopfschmerzen.

Der rechte Nervus supra-orbitalis druckempfindlich; ein Druckpunkt unter der linken Mammae. Analgetische Flecke unregelmäßig über den Körper verteilt; an der linken Stirnseite, an beiden Handrücken, am linken Fuße, an der rechten Mamma etc. Hände und Zunge zittern.

Nachmittag ist Patientin lebhaft, freundlich.

25. Jänner. Anästhesien vollkommen geschwunden.

26. Jänner. Die Kranke erklärt ihre Einbringung durch Trunkenheit, benimmt sich vollkommen geordnet, zutunlich. Wird unter heutigem geheilt entlassen.

Auch eine degenerativ veranlagte Person, die nebenbei dem Alkoholmißbrauch ergeben ist. Sie hat kurz nacheinander — das Motiv war nicht eindeutig, vielleicht Auseinandersetzungen mit ihrem Zuhälter, vielleicht wollte sie abortieren — einige Phosphordosen (?) genommen und bekommt im Anschluß an eine solche und einen Alkoholexzeß Delirien, die einer bei Prostituierten sehr häufigen Wachvorstellung entsprechen. Bemerkenswert ist an dem Fall, daß alles, was sie produziert, eigentlich erst in der Gegenwart geschaffen wird. Ihr Geliebter sollte Marqueur im Café „Kaiser" werden. Ihr Bewußtsein hatte sich zuletzt mit diesem Namen beschäftigt; nun verlangt sie zum „Kaiser". Die Ärzte aber, die den Namen anders verstehen, fragen sie, was

sie beim Kaiser wolle, und nun beginnt sie das hysterische Klagelied über die Schlechtigkeit der Welt, als Motiv zur Audienz. Der Rapport mit der Umgebung ist ein fast ungestörter. Bezeichnend ist auch die Verteilung der Anästhesien über Mammae und Beckengürtel, entsprechend der Vorstellung gravid zu sein. Nach Ablauf der akuten Störungen wurde der hysterische Charakter recht deutlich. Sollte man aber im Zweifel sein, ob es sich nicht doch um einen pathologischen Rauschzustand gehandelt haben könne, so lehrt die anschließende zweite Krankengeschichte, daß ganz derselbe Zustand, welchen das erstemal angeblich der Alkohol provozierte, nun auch durch eine drohende Arreststrafe ausgelöst werden kann, diesmal in noch deutlicherer Ausprägung der Neurose, während Konvulsionen das erstemal fehlten, treten sie jetzt auf. Patientin deliriert zwischen durch und nachher; als stehende Halluzination kehrt der Mann mit dem Messer immer wieder; auch die Mammae spielen ihre Rolle. Der Arreststrafe ist sie entgangen; die Genesung erfolgt prompt.

Die Patientin wird wiederkommen.

Einer genaueren psychologischen Analyse wurde der folgende Fall unterworfen, da es sich um eine intelligente Person handelt. Allerdings ist da viel zu erfahren, was erst an späterer Stelle in vollem Zusammenhange gewürdigt werden kann. Doch schien, wegen des im Vordergrunde stehenden Delirs, der Kasus am besten hier einzureihen. Das Ergebnis der späteren Examina ist chronologisch möglichst geordnet an den Anfang gestellt worden, um einen leichteren Überblick über die Entwicklung der hysterischen Gesamtpersönlichkeit zu gestatten.

Beobachtung VI.

Hedwig S., geboren 1856, katholisch, ledig, Private, kommt am 7. Mai 1902 an die Klinik.

Die Kranke war als Kind immer sehr ängstlich, namentlich fürchtete sie sich heillos vor Betrunkenen. Irgendein psychischer Shock ist nicht zu eruieren. Im Alter von 7 Jahren machte sie Kopftyphus durch, phantasierte damals viel. Sie besuchte 5 Volksschulklassen, lernte sehr leicht; infolge ihrer Empfindlichkeit bedurfte es keiner Strafe: sie mußte weinen, wenn ein strenger Blick sie traf. Sie vertrug sich mit allen Leuten gut; man nannte sie phlegmatisch, weil sie äußerlich z. B. bei Prüfungen ruhig schien.

Als sie 12 Jahre alt geworden, starb der Bruder. Dieses Ereignis machte weniger Eindruck auf sie als der Schmerz der Mutter; sie weinte nur mit. Bald darauf wurde sie durch ein Dienstmädchen sexuell aufgeklärt; in ihrer Neugier las sie „unpassende Bücher, versuchte mit dem Finger, wie das ist, wenn man heiratet“ und masturbierte, angeblich nur bis zum 17. Lebensjahre. Damit hatte sie ihre Unbefangenheit verloren, war häufig zerstreut. Im 14. Jahre traten die Menses ein.

Patientin lernte Regenschirmnähen, trat dann in Kondition, die sie aber bald aufgab; es paßte ihr nicht, weil sie einen starken Hang zur Einsamkeit fühlte. Sie versuchte sich im Hause zu beschäftigen. Zufällig erfuhr sie, daß ihre Mutter an Brustkrebs unheilbar erkrankt sei; gezwungen, vor der Mutter ihren Schmerz zurückzuhalten, stopfte sie sich einmal das Taschentuch in den Mund, um nicht zu schreien. Das schwere Leiden, die Blutungen gingen ihr an die Nerven, trotzdem leistete sie Pflegerinnendienste, oft bis 12 Uhr nachts. Als die Mutter starb, fühlte die Kranke anfangs sich gar nicht sonderlich er-

schüttert, blieb fast heiter bis zum Begräbnisse. In der Kirche kam ihr auf einmal ins Bewußtsein, was sie verloren habe; sie begann zu weinen und zu schreien, konnte sich gar nicht fassen. Wirtschaftliche Sorgen füllten die nächste Zeit.

Im Alter von 17 Jahren schwärmte sie für einen Schauspieler der Hofbühne; sie besuchte öfters das Theater, legte auf das kleinste Detail in Haltung, Kleidung, Miene und Worten ihres Angebeteten Gewicht. Sie war glücklich, wenn sie nur überhaupt einen Schauspieler sah. Annäherung fand keine statt. Sie versuchte ihre Menschenscheu zu überwinden und ging in eine Zeichenschule, wo sie Mädchen kennen lernte, die ganz anders veranlagt waren als sie. Patientin wunderte sich, daß man ihr so wenig Aufmerksamkeit schenkte, doch will sie deshalb auf andere nie eifersüchtig gewesen sein. Auf der Straße angesprochen, lief sie davon oder gab keine Antwort; hingegen ließ sie sich körperliche Annäherungen ihres Lehrers gerne gefallen, nicht ohne sich hinterher Vorwürfe zu machen. Sie zeichnete überaus fleißig, war sehr ehrgeizig, tat alles, um ja nur keine Rüge zu bekommen; doch mußte sie schließlich einsehen, daß sie kein Talent zum Zeichnen habe. Sie war unterdeß 24 Jahre alt geworden; alle Mädchen hatten einen Beruf, nur sie wußte nicht, wozu sie auf der Welt war. Ins Kloster zu gehen, hatte sie nie erwogen, vielleicht weil sie nicht sonderlich fromm war; sie folgte mehr der Überzeugung des Vaters, einem Freigeist, als ihrer tiefreligiösen Mutter.

Nun begannen Ohnmachtsanfälle. Ganz regelmäßig, wenn Patientin in Gesellschaft stumm und schüchtern dasaß, sich langweilte, fühlte sie etwas vom Herzen aufsteigen, Ohrensausen; sie wurde sehr blaß und konnte sich nicht aufrecht halten; sie sah und hörte aber, was um sie herum vorging. In sehr deprimierter Stimmung und dem Gefühle der Vereinsamung trat sie gegen den Willen ihrer Schwester einen Posten als Kassierin an. Unter den jungen Leuten in jenem Geschäft hatte sie einen bald in ihr Herz geschlossen; es kam ihr so vor, als ob auch sie ihm nicht gleichgültig geblieben sei. Durch eine ganz harmlose Bemerkung glaubte sie ihn verletzt zu haben; seither machte er Witze über die „alte Jungfer", er war ihr zum Trotze mit einem Dienstmädchen freundlich; alles höhnte sie ob ihrer Koketterie und Eifersucht. Die unglaublichsten Kleinigkeiten gewinnen eine Bedeutung für sie. In ihrer Aufregung überfiel sie einmal ein „Herzkrampf", ein furchtbarer Schmerz in der Herzgegend. Später kam es ihr vor, als ob ein anderer auffallend freundlich mit ihr sei; sie wußte nicht, wohin sie schauen sollte, um jenen ersten nicht zu verletzen; sie litt Höllenqualen, verbrachte schlaflose Nächte, war oft so verwirrt, daß sie nicht zusammenrechnen konnte. Sie wurde appetitlos, dazu gesellte sich Diarrhöe; der Arzt diagnostizierte einen „schleichenden Typhus". Nach ihrer Genesung wurde sie im Geschäfte wieder freundlich empfangen, alles schien vergessen und vergeben. Bald aber ging die alte Geschichte los; Patientin hielt es nicht mehr aus, wurde erregt, es kam wiederholt zu Auftritten, endlich hielt sie ihre mehrfach zurückgezogene Kündigung aufrecht.

Jetzt war die Kranke erst recht unglücklich; mit einer selbständigen Stellung hatte sie kläglich Schiffbruch erlitten, sie wollte sich vom Fenster herunterstürzen, doch fehlte ihr der Mut; sie weinte sich nur gründlich aus. Nach einiger Zeit ging sie zu weiterer Ausbildung in eine Klavierschule; dort war wieder ein junger Mann als Lehrer. Sie hatte einmal etwas von herausfordernden Augen gehört, glaubte, daß in ihrem Blicke etwas derartiges läge und konnte keinen Mann mehr anschauen. Was nun ihren gegenwärtigen

Lehrer betrifft, so nahm sie sich fest vor, ihn nicht zu verführen, und ging immer mit einem Gebet in die Stunde. Es fiel ihr auf, daß der Lehrer zuerst die Kolleginnen abfertigte und dann mit ihr allein blieb. Da auch die Kolleginnen das beredeten, bestand sie einmal darauf, sich als zweite hinzusetzen. Patientin empfing den Eindruck, daß der junge Mann ihre Absicht merkte, abgekühlt und verletzt wurde. In Selbstquälerei verging das ganze Jahr. Wenn er sie ansah, fühlte sie in dem Blicke eine Liebeserklärung; wenn er etwas noch so Gleichgültiges sagte, glaubte sie immer Persönliches herauszuhören; wenn sich im Spiel ihre Hände berührten, konnte sie nicht kalt bleiben. Sie beschwor sich, ihm um Gotteswillen nicht zu zeigen, daß sie ein Interesse an ihm habe. Nach überangestrengten Ferien wurde im nächsten Schuljahre der Klavierunterricht bei demselben Lehrer fortgesetzt. Die Kolleginnen kamen, wie absichtlich zu spät, so daß Patientin oft durch $^1/_2$ Stunde mit dem jungen Manne allein war. Da er freundlich mit ihr sprach, glaubte sie wieder an seine Liebe. Als er einmal die Mädchen aufforderte, noch da zu bleiben, empfand sie das wie einen Schlag ins Gesicht, sie kam aus dem Takt, auch er schien verlegen. Von diesem Momente an war er ihr zuwider.

Der Beziehungswahn wurde immer lebhafter. Ängstlichkeit und Mißtrauen steigerten sich; wenn sie auf der Gasse ging, glaubte sie, daß die Leute sie anschauen; sie beschwerte sich beim Direktor der Schule, daß man sie zum Besten halte. Ein Professor sagte einmal einen Vortrag ab; sie meinte, das geschehe ihretwegen. Nun nahm sie der Direktor in seine Unterrichtsstunde; aber auch er schien in sie verliebt wie der junge Lehrer, sie stürzte immer ganz aufgeregt nach Hause, bis ihr der Schulbesuch verboten wurde. Nun war Patientin überzeugt, daß alle auf sie erzürnt seien, daß die Leute auf der Gasse sie verachten, verhöhnen, verspotten, wie wenn sie im Kopfe nicht richtig wäre und sie brach, es war im Jahre 1886, plötzlich los.

Der damalige Zustand wird folgendermaßen geschildert: Sie schrie, wenn sie verrückt sei, solle man sie einsperren wie ein wildes Tier. Auf kalte Umschläge erfolgte rasch Beruhigung; aber in der Nacht kam es ihr vor, als ob sie Fieber hätte und schwere Träume. Sie glaubte, daß alle Menschen von ihr etwas haben wollen; sie sah den großen schwarzen Hund ihrer Cousine neben sich sitzen, bekam große Angst, näßte ins Bett. Sie meinte den Vater stöhnen zu hören, lief zu ihm, ob man wirklich von ihr verlange, daß sie in das Bett nässe. Plötzlich frug sie: Was ist das, Heiraten? Auf eine Bemerkung des Vaters, nicht wahr, du möchtest den ... heiraten, erwiederte sie: „Aber nein, ich will ihn ja gar nicht ... warum will denn mich keiner?“ Sie ging dann wieder auf ihr Zimmer. Nächsten Tag konnte sie nicht aufstehen, phantasierte, als ob sie die heilige Maria wäre und ein Kind geboren hätte. Im Hofe wurde Leder abgeladen; Patientin glaubte für sie, Maria Stuart, werde das Blutgerüste erbaut; oder sie hielt sich für Gretchen; dann kam es ihr wieder vor, als sei sie gestorben; sie sah den Himmel offen. Früh morgens wachte sie plötzlich auf, der Vater sprach auf sie ein; sie war ganz erstaunt, daß sie noch lebe. Es kam ein Arzt aus der Irrenanstalt, sie kehrte sich ihm gar nicht zu; als eine Pflegerin erschien, ihr ein Klistier zu machen, regte sie sich furchtbar auf, drängte die Frau zur Türe hinaus. In einem lichten Augenblike hörte sie eine Frage des Arztes; eine sehr angenehme und sympathische Stimme. Sie faßte Zutrauen, war überzeugt, dieser werde sie schon verstehen und gesund machen. Zwei Klosterfrauen teilten sich in die Pflege; vor der einen, die besonders groß war und die sie für einen Dragoner erklärte, fürchtete sie sich; die kleinere hielt sie für einen Mann, den sie in sich verliebt

meinte. Wenn im Nebenzimmer ein Sessel krachte, glaubte sie, das sei die Wiege, wo ihr Kindlein lag. Sie studierte dann darüber nach, woher dieses Kind stamme; bildete sich ein, zu einem Kinde komme man sehr leicht, es bedürfe keiner näheren Berührung; es genüge, wenn man etwas Sexuelles empfinde. Patientin hörte verschiedenerlei Stimmen, wunderte sich über die Menschen um sie herum; es schien, als ob ihr alle Zärtlichkeitsbeweise geben würden. Sie mußte viel lachen und singen, hatte so „eigene" Gefühle, namentlich dem Arzte gegenüber: man elektrisiere oder hypnotisiere sie. „Ihre Sinne seien erwacht" (aus einer Lektüre der letzten Zeit zitiert). Auch an Bewegungshalluzinationen erinnert sie sich, nicht aber an Geruchs- oder Geschmackstäuschungen. Vor der Tante spuckte sie einmal aus, glaubte, jene hätte dann keine Macht mehr über sie; sie empfand Furcht vor den Schatten an der Wand, hörte, das sei des Teufels Großmutter. Als Patientin einmal aufstand, wurde sie ohnmächtig, es kam ihr vor, als ob man aus ihrem Körper etwas herauswinden würde, das sei auch des Teufels Großmutter. Diese Delirien hörten rasch auf. Am 16. August war sie erkrankt und am 17. September 1886 ging sie schon klar und krankheitseinsichtig aufs Land. Die überstandene Psychose nahm sie als Sühne und Abschluß; jetzt sei alles wieder gut. Sie wurde ruhig, heiter, unbefangen, verkehrte ungeniert.

1889 starb der Vater an seniler Demenz; diesmal hatte die Pflege sie nicht übermäßig angestrengt. Sie beherrschte sich beim Begräbnisse, hinterher erfolgte allerdings ein Schmerzausbruch. Von einer gewissen Erregbarkeit und Stimmungswechsel abgesehen, verliefen die nächsten Jahre ruhig.

1896 traf die Kranke in einer Sommerfrische einen Oberlehrer, der ihr als edler Mensch gerühmt wurde. Auf eine junge Dame war sie seinetwegen eifersüchtig. Den ganzen Winter träumte sie von dem neuesten Ideal, ebenso den nächsten Sommer; sie bedauerte lebhaft, daß sie den Mann bis 1898 nicht zu Gesicht bekam. Sie glaubte zu fühlen, daß sein Interesse für sie inzwischen abgenommen; doch schien er noch frei. Trotz ihrer Einsicht, daß sie nicht mehr jung genug sei für ihn, zeigte sie ihm, daß er ihr gefalle, daß sie Hoffnungen nähre und er schien ihr Empfinden zu erwidern — das alte Spiel. Als sie nach Wien zurückkehrten, war indes noch keine Erklärung erfolgt. Patientin bekam Angst vor sich selbst, begann sehr fromm zu werden, ging regelmäßig in die Kirche. Anläßlich einer Festpredigt lernte sie dort einen Pater kennen, der ebenfalls tiefen Eindruck auf sie machte; sie suchte fortab dessen Predigten auf. Auch hier knüpft wieder der Beziehungswahn an. Die Kranke merkte bald, daß der Geistliche speziell auf sie achte, direkt zu ihr hinspreche; der Text der Predigt spielte auf sie an. Einmal beredete er, daß sie beim Vaterunser nicht niedergekniet war. Eine nebenstehende Dame sah zuerst auf die Patientin, dann auf den Prediger; derselbe geriet aus dem Konzept, schien sehr erzürnt, sprach von Augenlust. Die Kranke kämpfte mit sich, vergebens, sie konnte es nicht übers Herz bringen, bei der nächsten Predigt zu fehlen. Diesmal sagte der Pater mit Beziehung auf die Patientin: „Gibt es einen heiligeren Ort als das Paradies und doch hat die Eva darin gesündigt." Nun ging sie zu ihm beichten, erhielt gute Lehren. Sie muß zugeben, daß dieselben durchaus unpersönlich waren; ihre Überzeugung wurde dadurch nicht erschüttert. Wenn der Geistliche in einer Prozession marschierte, wechselte sie ihren Standpunkt, so daß sie ihn mehrmals sah; zugleich empfand sie Gewissensbisse über ihr sündhaftes Treiben.

Im Sommer 1901 vermied der Oberlehrer plötzlich ihr Haus; er ging mit einem Mädchen öffentlich spazieren. 1902 zu Ostern schlief Patientin

schlecht; sie mußte fort an den Geistlichen denken, glaubte, daß auch er ihrer gedächte; sie betete besonders andächtig für sich und ihn. Dann traf die Nachricht ein, daß der Oberlehrer sich verlobt habe, was sie sehr alterierte. Sie begann über sich und ihr Schicksal zu murren: „Was hatte sie von all ihrer Tugend; sie hätte doch jemand glücklich machen können.“ In großer Aufregung weinte sie die ganze Nacht, glaubte die Stimme des Geistlichen zu vernehmen. Sie machte sich Vorwürfe, daß sie ihre „Jugendsünde“ dem noch nicht gebeichtet, der ihr jetzt der Liebste auf Erden sei. Am 26. April 1902 ging sie in die Predigt. Wiederum kam es ihr vor, als ob der Pater nur zu ihr spräche, er schien zu schluchzen, brachte die Worte kaum hervor: er wollte ihr helfen oder sie strafen dafür, daß sie einem Diener Gottes Aufmerksamkeit schenke. Später glaubte sie, daß der Geistliche und der Lehrer sich verständigt hätten, zusammen die Patientin zu etwas (Sexuellem?) zu bringen. Zu Hause konnte sie die alltäglichen Verrichtungen nicht mehr besorgen, die Gedanken gingen ihr immer durch. Wegen schrecklicher Kopfschmerzen legte sie sich nieder. Zur Jausenzeit war Gesellschaft da, es wurde über den Roman „Quo vadis“ gesprochen. Und nun begannen Reminiszenzen an Lektüre; sie fühlte so außerordentlich lebhaft mit, wie es geschehen kann, daß ein Mädchen sich hingibt; Schauer liefen ihr über den Rücken; sie dachte an den Satz: Wenn das Weib fühlt, daß ihre Stunde gekommen ist, so weint sie; sie dachte an Gretchen und begann laut zu weinen. Auf die teilnehmende Frage ihrer Schwester wurde sie momentan ruhig, spielte Tarock, allerdings schlecht. Abends behauptete sie plötzlich, sie habe sich mit dem Geistlichen vergangen; blieb dabei trotz aller Einwände der entsetzten Schwester. Nachts schlaflos; sie empfing den herbeigerufenen Hausarzt quasi als Freund, fiel ihm um den Hals. Von der Richtigkeit ihrer Wahnidee überzeugt, faßte sie sich bald: das Unglück sei nun schon einmal geschehen, sie müsse es über sich ergehen lassen. Die Kranke wurde ruhiger, bis zur Nacht vom 3. auf den 4. Mai, wo sie derart lärmte und schrie, daß die Hausbewohner in ihrer Ruhe gestört wurden.

Ich sah die Patientin zum ersten Male am 5. Mai 1902 abends. Sie lag zu Bette mit geschlossenen Augen, lächelnden Gesichtes, sang und delirierte vor sich hin. Energische Aufforderungen blieben unbeachtet, auf Schmerzreize erfolgte keine Reaktion. Die Augen wurden krampfhaft geschlossen, wenn man das obere Lid zu heben versuchte. Bei ruhigem Zuwarten, zeitweisem freundlichen Zuspruch wurde die Kranke allmählich ganz ruhig, schien einzuschlummern. Es wurde Beruhigung suggeriert, Paraldehyd angeordnet und eine ausführliche Besprechung für den nächsten Nachmittag in Aussicht gestellt. Patientin verbrachte den ersten Teil der Nacht still, begann aber dann wieder zu lärmen. Am

6. Mai zur angegebenen Stunde war die Kranke vollkommen geordnet, klar; sie erkannte mich wieder, und begann nun, wenn auch sehr zögernd von ihrem Leben zu erzählen. Dabei erwachten depressive Affekte, sie wurde ängstlich, duldete absolut nicht, daß ihre Schwester aus dem Zimmer gehe. Über ihre Delirien konnte oder wollte sie nichts mitteilen. Sie sei überhaupt immer eine sehr verschlossene Person gewesen, meinte die Schwester. Die körperliche Untersuchung ergab ausgebreitete Analgesie der Haut, hingegen Druckempfindlichkeit der Interkostalräume. Ich suggerierte Beruhigung. Nachts begannen die Delirien indes aufs neue; die Kranke sprach mit ihrer toten Mutter, erklärte für sie gerne sterben zu wollen. Sie sei aber noch nicht tot, da ihr Herz noch poche; man solle sie nicht in den Sarg legen. Dann stieß

sie mit Händen und Füßen gegen ihre Umgebung, schrie, warum diese den Sargdeckel noch nicht schließen wolle, undankbar sei, trotzdem Patientin für sie gestorben. Auf Zureden erfolgte keine Reaktion. Patientin wird mittels Tragbahre am

7. Mai früh an die Klinik gebracht. Daselbst ruhig, behauptet, den Arzt wieder zu erkennen. Auf dem Krankenzimmer bleibt sie zunächst still zu Bett, beantwortet Fragen nach ihren Personalien richtig, andere dem Sinne nach, wieder andere gar nicht. Später führt sie triviale Selbstgespräche, wirft Teller und Schüssel zum Bett hinaus.

Nachts trotz Paraldehyd schlaflos, singt (nach Art von Kirchenliedern).

8. Mai. Patientin lärmt, schlägt mit Händen und Füßen herum, verweigert die Nahrungsaufnahme. Nachts unruhig und schlaflos.

9. Mai. Im Selbstgespräch zu Bett; bei Annäherung der Visite macht sie mit den Händen abwehrende Bewegungen. Auf Anschreien wird sie ruhiger, bringt nur mehr unartikulierte Laute hervor; zieht ihr Hemd aus. Vollständige Analgesie. Nachmittags flüstert Patientin einzelne zusammenhanglose Worte vor sich hin: „... Königin ... trinken ...“ scheint verwirrt, lacht aber ganz verständnisvoll auf, als eine Mitkranke eine witzige Bemerkung macht.

10. Mai. Spricht noch immer vor sich hin, ist aber durch Anrede leicht zu fixieren. Patientin erkennt den Professor; ruft dann nach ihrer Schwester. Schläft des Nachts.

11. Mai. Heute ruhig, examinierbar. Die Kranke weiß Wochentag und Datum nicht, will nicht glauben, daß jetzt Mai ist. Über die Umgebung ist Patientin aber vollkommen orientiert. In beiden oberen Extremitäten rudimentäre Klonismen.

12. Mai. Die rhythmischen Bewegungen der Arme halten an; dabei zunehmende Klärung.

13. Mai. Heute bereits krankheitseinsichtig; freut sich über den Besuch ihrer Schwester.

15. Mai. Verläßt das Bett.

17. Mai. Zum ersten Male im Garten, klagt hinterher über Kopfschmerzen, schläft nachts wenig.

19. Mai. Analgesie nur mehr an der rechten oberen Extremität, gegen die Hand zunehmend.

21. Mai. Patientin hat ein Anliegen, kann dasselbe kaum vorbringen, weil ihr der Atem zu versagen scheint. Ihr Wesen drückt eine schwer zu verhaltende Erregung aus. Zum ersten Male spricht sie davon, daß sie nach Hause kommen möchte. Am

22. Mai erzählt die Kranke spontan, sie höre jetzt noch immer die Stimme des Geistlichen; sie bemühe sich, nicht darauf zu achten. Es sei vielleicht nur Krankheit, oft aber meine sie, daß die Stimmen wirklich seien.

Ausführliches Examen in mehreren Sitzungen: Mit ermüdender Breite erzählt Patientin von ihrer bis nun so freudenleeren Existenz, in deren Eintönigkeit die trivialsten Erlebnisse tiefe Spuren zurückgelassen haben. Die Kranke beschäftigt sich sehr viel mit ihren Erinnerungen; sie gibt selbst zu, daß sie förmlich „wiederkäue“, mit einem Ereignisse nicht fertig werden könne. Mit geringer Nachhilfe spricht sie sich auch über Herzensangelegenheiten offen aus und scheint davon Erleichterung zu empfinden. Stellenweise wird sie von depressiven Affekten überwältigt, die in Mißverhältnis stehen zu der Nichtigkeit des Reproduzierten. Der größte Teil der Beichte ist in chronologischer Reihe an der Spitze der Krankengeschichte wiedergegeben; hier sei nur

der Rest nachgetragen, wobei bemerkt werden muß, daß die zeitliche Lokalisation unsicher wird, so wie man sich dem letzten Delirium nähert.

Wenn die Schwester sie rief, glaubte Patientin, sie dürfe nicht auf sie hören, sonst werde sie ganz verderben, ihre letzte Stunde sei da. Einen der Ärzte hielt sie für den Tod und hatte schreckliche Angst. Es war ihr, wie wenn eine innere Stimme ihr sagte, sie dürfe die Augen nicht aufmachen, sonst gehe ihre Seele verloren; sie hielt die Augenlider krampfhaft geschlossen; auch vor der Wärterin fürchtete sie sich. Alle kamen ihr falsch vor, als ob man sie belügen wolle. Wenn die Türe offen war, dachte sie, daß böse Dämonen hereinkommen, daß ihre Stimme die Türe zu schließen vermöge; als diese sich schloß, schrie sie wieder, die Türe solle offen sein, sprang aus dem Bett und stieß alle hinweg. Die Tröstung des Arztes erschien ihr ganz deplaciert; sie dürfe sich keinem Manne ergeben, nur dem lieben Gott; ihm müsse sie sich zeigen, deshalb die Entblößungen. Sehr peinlich war ihr, daß der Arzt jeden ihrer Gedanken lesen konnte; alle Leute wußten, was in ihr vorging, und machten sich darüber lustig.

Zeitweise verließ sie wegen furchtbarer Kopfschmerzen das Bett. Einmal sperrte sie die Wärterin aus dem Zimmer, weil sie sie für den Pater Abel hielt und glaubte, sie dürfe sich von diesem nicht berühren lassen, auch das sei eine Sünde. Eine und dieselbe Person tat ihr bald wohl, dann meinte sie wieder, sie müsse sich vor derselben hüten; man wolle sie in die Kirche locken, damit sie einmal „etwas anderes“ tue; bis nun war sie taub, stumm und blind. Der Geistliche wisse, daß sie den Lehrer wirklich lieb habe und werde sie von der Kanzel verlesen. Dann glaubte sie im Sarge zu liegen, sie dachte und fühlte sich tot; es kam ihr vor, als ob alle an ihr vorbeizogen; sie wurde gefragt, ob sie diesen oder jenen wolle. Aber immer stimmte etwas nicht, bald die Stimme, bald das Gesicht, der falsche Blick; sie wurde sehr ungeduldig und wollte durchaus den Sargdeckel geschlossen haben. Auf den zweimaligen Besuch des Arztes in der Wohnung erinnert sie sich trotz Vorhaltes nicht; hingegen weiß sie von ihrem Transport in die Anstalt zu erzählen. Es war ihr, als ob der Lehrer mit ihr sprechen würde, der schon lange ihr Mann war; sie dutzte ihn, nur habe sie sich ihm noch nicht ergeben. Auf der Fahrt begleitete sie die Wärterin; doch glaubte sie immer, als ob der Lehrer sie bei der Hand halten würde und ihr zuspräche: „Wir fahren zusammen nach W . . .“ (die Sommerfrische, in der sie ihn kennen lernte). Die grünen Bäume der A . . . straße schienen ihr das zu bestätigen. „Hast du mich wirklich so gern? Willst du meine Frau sein? Sei nur ruhig, ich werde für dich handeln.“

An der Klinik erinnert sie sich des Arztes nicht, der sie empfing, wohl aber, daß sie Stufen hinaufgetragen wurde, dann in ein Gitterbett kam. Die Stimme flüsterte ihr zu: „Das war der göttliche Strahl und ich bin der Nährvater.“ Es kam der Heilige Geist. (Hinter diesen Verkleidungen stecken die Personen, die in ihrem Leben eine Rolle spielen: Der Schauspieler, ihre erste Liebe, ist ihr Sonnenstrahl, der Geistliche, den sie mit einem Römer aus dem Roman „Quo vadis“ identifiziert, erschien ihr als Gottes Sohn; den Oberlehrer, der Johann hieß, nannte sie im Delirium konsequent Josef.) — Noch eine Anknüpfung an die letztvergangene Zeit war herauszufinden: Patientin hatte vorige Woche den Kaiser gesehen; die Stimme flüsterte ihr zu, sie sei die Kaiserin von Österreich: sie glaubte daher, daß sie in ihrem Herrscherbereiche befehlen könne — und warf das Geschirr aus dem Bett.

Weiters träumte die Kranke von ihrem eigenen Begräbnis. Nachdem

die Menschen sie so gequält, mußte sie jetzt alle durch ihren Tod erlösen; sie war der „Schmerzensreich"; die in der Hölle waren und in den Himmel kommen wollten, hofften auf sie (Erinnerungen an das Neue Testament). Dann war sie die Natur, alle kamen zu ihr und hingen an ihren Brüsten (eine Phrase der Lektüre, über die sie sich Gedanken gemacht), der göttliche Odem belebte sie; sie selbst war Gott und mußte die Menschen erst schaffen. — Ein alter Bekannter erschien ihr als Faust, sie dachte darüber nach, wo dieser sie hatte verführen können. Sie war die verlorene Seele und Stimmen riefen ihr zu: Jetzt gib nur Acht . . . größte Gefahr . . . alle Teufel wollen zu Dir und keiner will heraus . . .

Mit Hinweglassung zahlloser unwesentlicher Details folgt die Darstellung der Gedankengänge genau der Art, wie die Kranke sie retrospektiv wiedergibt; sie spricht vielfach zögernd, aber immer bestimmt, verständlich, geordnet. Als das Examen hierher gediehen ist, geht mit der Patientin eine sichtliche Änderung vor; ihre Äußerungen verlieren den Zusammenhang, Zwischenfragen werden unpassend beantwortet, eine ratlose Miene läßt lebhaft ängstlichen Affekt erkennen. Der unterbrochene Rapport mit dem Arzte stellt sich indes bald wieder her; die Kranke berichtet, daß der Sessel, auf dem sie sitze, sich bewege. Nach einer Pause fährt sie auf beruhigenden Zuspruch, wie früher in ihren Erzählungen fort:

Es war einmal ein Leichenbegängnis, bei dem sie nicht weinen konnte; nun dünkte sie sich selbst die Leiche, weil ihr die Tränen fehlten. Sie glaubte aber noch nicht ganz tot zu sein; das Herz gab keine Ruhe, es hing noch an der Welt. Dann kam es ihr vor, als ob sie ihre Mutter aus dem Grabe herausgegraben hätte; die Stimmen sagten, ihre Mutter war eine Hure, wogegen Patientin sich wehrte. Der Oberlehrer nannte sie eine Teufelsbrut, sich selbst einen Hahnrei; er tröstete sie aber gleich, sie könne ja nichts dafür. Die Wärterinnen erschienen ihr wie Hexen, so wild; auch Mitpatientinnen verkannte sie, nahm dieselben für gute alte Bekannte. Sie hatte das Gefühl, als ob von ihren Händen Strahlenbündel ausgingen, gleich einer Kraft; darum bewegte sie die Hände herum. Sie glaubte ihre Schwester mit erlösen zu müssen, trotzdem dieselbe sie in das Irrenhaus gebracht hatte, was ganz ungerechtfertigt gewesen sei. Sie wollte dann alle Irren gesund machen, meinte, an ihr werde nur die Methode dazu ausprobiert. — Allmählich wurde sie ruhiger, klarer; es kam ihr alles vor wie ein Traum, wie eine Krankheit, ähnlich der im Jahre 1886.

5. Juni. Patientin jetzt dauernd geordnet, aber von gedrücktem Wesen, wünscht sich hinaus. Sie hat mit einer anderen Hysterica ein so inniges Freundschaftsbündnis geschlossen, daß sie Ortsveränderung zu ihrem Vorteile ablehnt, da die Freundin davon ausgeschlossen bleiben soll. Die beiden sitzen den ganzen Tag beisammen, jede über ihrer Arbeit. — Wiederholter suggestiver Zuspruch. — Die Hypästhesie der rechten Seite ist vollkommen geschwunden.

10. Juni. Es wurde allmählich mit dem Schlafmittel heruntergegangen ohne Beeinträchtigung des Wohlbefindens.

15. Juni. Geheilt entlassen.

Eine eingeholte Information besagt, daß Patientin verträumt, von stillem, gottergebenem Wesen ist, sich mit mechanischer Tätigkeit die Zeit vertreibt, sonst aber keine psychischen Störungen erkennen läßt.

Ein frühgewecktes Kind, das zur Masturbation verführt, augenscheinlich unter dem Einflusse dieser noch scheuer wird, zu Einsamkeit und zu Phantasterei

neigt. Jedes Ereignis wirkt in ihrem Innenleben viel lebhafter als es zunächst äußerlich scheint. Schon in jungen Jahren hat sie einen hysterischen Affekt und späterhin Ohnmachtsanfälle, die psychologisch zu motivieren sind. Die Egozentrizität führt fast zu Beziehungswahn. Überall glaubt sie das zu finden, wonach ihre sinnlich veranlagte Natur schreit. Ihre Träume, ihre Wünsche haben Gestalt gewonnen; endlich entlädt sich die angehäufte Unzufriedenheit mit dem Schicksal, das ihr die Erfüllung auch der bescheidensten Wünsche versagt, in einem Delir. Sie bleibt während desselben in Rapport mit der Umgebung; die Kreise des Wachbewußtseins drängen sich an die Oberfläche; es sei nur erinnert an das Heiraten, die heilige Maria, als die Jungfrau, welche ein Kind geboren hat. Dazu kommen Reminizenzen aus einer Lektüre, die sie erregt hat, lebendig gewordene Phantasiebilder. Die Sympathie, welche die Patientin für ihren Arzt empfindet, erleichtert ihr die Genesung. Sie hat sich auf sich selbst besonnen, entschlossen, den Kampf ums Dasein wieder aufzunehmen.

Bald aber werden neuerlich erotische Beziehungen entwickelt; sie kann darüber nicht hinaus, daß sie ein Weib ist; nur wird, da sie mittlerweile älter geworden, die irdische Liebe teilweise in eine solche zum Himmel konvertiert. Die Kranke verliebt sich wohl mehr symbolisch, in einen Pfarrer; der Oberlehrer hingegen, Mann und Existenzmöglichkeit zugleich, wird das Objekt ihrer leidenschaftlichen Werbung. Aus der affektvollen Betonung aller diesbezüglichen Erinnerungen hatte die Schwester der Patientin den Eindruck gewonnen, daß hier die unmittelbare Ursache ihrer letzten Krankheit sitze. Die genaue zeitliche Koinzidenz beweist dies ebenso wie der Gedankeninhalt. Die Patientin fühlte sich ihrer letzten Hoffnung beraubt; jetzt hieß es wirklich, mit dem Leben, das einzig Leben ihr schien, abschließen. Und nun erfolgt die letzte große Revolte des gequälten, unterdrückten „Ich", das für immer in die entwürdigsten und peinlichsten Verhältnisse zurückgeworfen wird. Die Kranke muß sich von ihrer selbst armen Schwester noch aushalten lassen, ist durchaus überflüssig auf der Welt. Das außerordentlich reichhaltige Delir scheint ganz phantastisch zusammengesetzt, ein wirrer Traum, und hinterläßt eine ziemlich vollständige Erinnerung neben charakteristischen amnestischen Lücken. Wenn man den Einzelheiten nachgeht, kommt man immer und überall auf persönliche Beziehungen; es herrschen Zitate, welche Eindruck auf die Kranke machten, ihr Schicksal wiederzuspiegeln schienen; nur bekannte Personen treten auf in irgendeiner Verkleidung. Spricht man mit der Patientin durch längere Zeit über ihre Krankheit, so kann man, von allen Affektäußerungen abgesehen, einen rudimentären Verwirrtheitszustand mit Sinnestäuschungen, quasi ein experimentelles hysterisches Delir wieder erzeugen. Der Erregungszustand klingt unter psychischer Behandlung allmählich ab. Die Kranke läßt sich beruhigen und ins wirkliche Leben wieder einführen, tatsächlich bleibt es ihr fremd; sie verkriecht sich in ihre Phantasiewelt; vielleicht kann ihr der Himmel noch eine Hoffnung gewähren.

Wenn man einzelne Kapitel dieser Krankengeschichte liest, könnte man beinahe versucht sein, an Paranoia zu denken; aber es ist nur Hysterie. Patientin wünscht, sie träumt davon, sie glaubt wahrzunehmen, daß alle Leute für sie sich interessieren, und zwar in der ihr Bewußtsein beherrschenden erotischen Richtung. Die differentialdiagnostische Frage wird noch eingehend zu behandeln sein. Hier beweist schon der Verlauf, daß Paranoia nicht vorliegt. Die akuten Verwirrtheitsausbrüche hingegen erscheinen wie Zustandsbilder einer Amentia. Die persönlichen Eindrücke, die Beeinflußbarkeit der

Kranken, die unmittelbare Reaktion auf den Eintritt des Arztes, all das sind Dinge, die sich in einer Krankengeschichte nicht gut wiedergeben lassen; doch dürfte schon die grobe psychologische Analyse gezeigt haben, daß alles, was im Rahmen dieser Geistesstörung beobachtet werden konnte, nichts anderes ist, als die Persönlichkeit der Patientin; daß die Krankheit kein einziges fremdes Element in den geschlossenen Charakter hineinträgt, der als ein vorwiegend innerer, passiver zu bezeichnen wäre. Bemerkenswert scheint weiterhin, daß auch keine ethischen Defekte nachweisbar sind. Die Patientin von gutem Hause wurde strenge erzogen; um so schwerer mußte sie unter dem Drucke der Verhältnisse leiden.

Im Gegensatze dazu folgt nun wieder ein moralisch defekter Fall, der den Typus des Erinnerungsdeliriums aufs schönste verkörpert.

Beobachtung VII.

Josefa K., geboren 1874, katholisch, ledig, Dienstmädchen, kommt am 12. Dezember 1895 das erstemal zur Aufnahme.

Im Parere heißt es: Sie wurde auf der Straße bewußtlos aufgefunden und zum Amte gebracht. Ohne auf die an sie gerichteten Fragen zu antworten, schreit sie ununterbrochen laut: „Mein armes Kind! Die Kroatin, die es im Findelhause übernommen, hat mir immer geschrieben, daß es läuft, Zähne bekommt und gedeiht; während es schon lange tot ist. Mein armes Kind!... Ich bin von Steyr fort, damit ich mich trösten kann ..aber nur fort von Wien, ich kann hier nicht bleiben, ich muß sonst in die Donau, ich kann mir nicht anders helfen ... Ich mußte von Euch fort, denn ich kenne meine Krankheit und weiß, was es bedeutet, wenn ich einige Tage Kopfschmerzen habe ... Meines armes Kind! Geben sie es mir! Es lebt gewiß noch und wird mir vorenthalten! Seit zwei Jahren habe ich das Kind nicht mehr und kann mich darüber noch nicht trösten." Patientin ist auf keine Weise zu beruhigen; bei Druck in die Unterbauchgegend beginnt sie heftig zu lachen, bekommt Streckkrämpfe in den oberen Extremitäten und Nackenmuskeln.

An der Klinik erwacht sie, luzid mit Amnesie für die im Parere berichteten Vorfälle und ihre Überbringung in das Krankenhaus. Sie erzählt, daß das jetzt der fünfte Anfall ihrer Krankheit war; der erste trat im Jänner d. J. auf, als sie sich über die Nachricht vom Tode ihres Kindes sehr kränkte; jedem Anfalle gehen durch zwei Tage stechende Kopfschmerzen, welche beiderseits die Scheitelhöhe einnehmen, voraus. Sie sei dabei sehr gereizt, möchte alles zerreißen, habe Übelkeit, es würge sie herauf; sie mache sich schreckliche Gedanken, Selbstvorwürfe, daß sie ihr Kind von sich gegeben habe, empfinde den Drang ins Wasser zu gehen; dann stürze sie hin und wisse nichts von sich. Man erzähle ihr, daß sie lache, weine, spreche; manchmal bäume sie sich auf, schlage um sich, fasse sich an den Haaren, reiße sich das Gewand vom Leibe. Dauer des amnestischen Zustandes einige Stunden; hinterher Wohlbefinden. Intervallär nur hie und da etwas Stirnkopfschmerz.

Der dem jetzigen Anfalle vorausgehende Affekt wurde veranlaßt durch neuerliches Lesen der auf ihr Kind bezüglichen Briefe. Über Befragen erfährt man von der Kranken noch, daß sie in den letzten Jahren wiederholt nachts aufstand, mehr minder komplizierte Handlungen verrichtete, sich dann niederlegte und völlig erinnerungslos dafür war. Einmal soll sie auch des nachts in sehr gefährlicher Lage — auf dem Fensterbrett stehend — aufgefunden worden sein.

13. Dezember. Ohne alle Suggestion durch bloßes Streichen der Stirn kommt Patientin in ein Äquivalent. Leichter Stridor laryngis; linksseitiges Zittern. Die Kranke frägt wo sie sei, verkennt schreckhaft die Umgebung, fängt an in affektvoller Weise von ihrem Kinde zu delirieren, ergeht sich in Vorwürfen, und ruft weinend aus: „Hätte ich das gewußt, daß er mich stehen läßt . . . verlassen vom jedem . . . ich werde nicht alt werden.“ Sie wälzt sich im Bette herum, bohrt den Kopf in die Kissen, hat jedoch keine Krämpfe, nur leicht flimmerndes Zucken in den Oberlidern. Nach 10 Minuten beginnen heitere Delirien: Die Kranke lacht fortwährend, meint, sie mache sich nichts draus. Nach 5 Minuten erwacht sie plötzlich, staunt darüber, daß sie sich im Bette befinde, frägt, ob sie geschlafen, klagt über Schwindel. Amnesie für den ganzen Zustand. Patientin wird schläfrig und verfällt in tiefen Schlaf.

15. Dezember. Hypnose mit der Suggestion bis zum Mittagessen zu schlafen. Statt aber einzuschlafen, reproduziert die Kranke alles mögliche Unangenehme: sie schimpft über den „Hund von Geliebten, der sie sitzen ließ“, halluziniert das verstorbene Kind, das angeblich ins Wasser gefallen sei. Ein Versuch mit Chloroform vermag den Insult nicht zu bannen; Patientin jammert und heult über den verruchten „Hund“, der sie verlassen und den sie doch nicht vergessen könne. Plötzlich Wechsel der Szene; heiter expansives Delir; gleich darauf wieder Schmerz. Sie werde nicht alt; wenn sie die Donau wüßte, hätte sie sich hineingestürzt. Erwachen mit Kopfschmerzen.

Abends: Verzweiflungsausbruch mit Ausdruck von Lebensüberdruß bei klarem Bewußtsein. Sie stellt Suicid in Aussicht, wenn man sie nicht sofort entlasse.

20. Dezember. Ohne äußeren Anlaß erregt, lärmt, äußert Taedium vitae. Am

26. Dezember wird sie gegen Revers einer Verwandten übergeben, sehr bald gesund und befindet sich auf verschiedenen Dienstplätzen zur vollen Zufriedenheit ihrer Dienstgeber; nur über etwas Vergeßlichkeit wird geklagt. Im April 1902 erzählte Patientin einer Bekannten, daß sie einmal auf der Straße aufgegriffen und in die Beobachtungsstation gebracht worden sei. Im September äußerte sie Angst, daß sie wieder närrisch werde. Am 5. Oktober klagte sie über starke Kopfschmerzen, nahm ein Antipyrinpulver, ging zu einer bekannten Frau und kehrte nicht mehr nach Hause zurück.

Als Unbekannte wurde sie in einem fremden Bezirke herumirrend aufgegriffen und aufs Kommissariat gebracht. Dort schrie sie, wand sich in tonischen und klonischen Krämpfen. Sie kommt am 6. Oktober um 3 Uhr früh sehr unruhig an der Klinik zur Aufnahme, weint und schreit, sie wolle nicht mehr leben.

Patientin bei der Frühvisite anfangs abweisend, beantwortet die Fragen mit Widerstreben, aber korrekt. Sie erzählt, daß sie gestern Ausgang hatte, kein geistiges Getränk, nur Kaffee zu sich nahm. Unter heftigem Schluchzen berichtet sie weiter, daß sie einen schweren Kummer habe; sie könne darüber nicht sprechen. Vor 6 Jahren hatte sie auch wegen eines Kummers dieselbe Krankheit. Jetzt fühle sie sich unwohl, könne nicht erbrechen. Dabei wirft sich Patientin im Bett herum, bohrt den Kopf in die Kissen. Über ihre Einbringung und wie sie in den . . . Bezirk kam, ist ihr nichts erinnerlich. Wegen ihres „Herz“-Leidens geniere sie sich; lächelt verschämt in sich hinein. Während der körperlichen Untersuchung protestiert sie plötzlich: „Ich lasse mich nicht hypnotisieren.“

Starker Tremor beider Hände; lebhafte, bis zum Klonus gesteigerte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten. Ein Druckpunkt im Epigastrium,

ein anderer in der linken Ovarialgegend. Analgesie gegen Nadelstiche am ganzen Körper.

Patientin will sofort entlassen werden, heult laut, als ihr dieses Verlangen abgeschlagen wird.

7. Oktober. Äußert in gemacht klingender Weise Lebensüberdruß, verweigert jegliche Nahrung, will nur Kaffee trinken.

8. Oktober. Außer der Zeit der Visite unauffällig. Patientin hilft beim Aufräumen, unterhält sich mit anderen Kranken. Über eigenes Verlangen erhielt sie abends 5 *g* Paraldehyd. Gleich darauf begann sie zu lachen; zu weinen, wälzte sich am Boden herum, brachte allerlei affektvolle Reminiszenzen vor von ihrer verstorbenen Mutter, einem ungetreuen Liebhaber; frug, wo man zur Donau kommt. Nach einer Stunde Schlaf.

9. Oktober. Vollkommene Amnesie für den Anfall. Patientin nennt den Wärterrapport eine Lüge; entrüstet sich darüber.

10. Oktober. Die Kranke erhält am Abend Amylenhydrat. Gleich darauf neuerlich ein Anfall. Sie gleitet zum Bette heraus, wälzt sich auf dem Boden herum, stöhnt, schreit, streckt die Arme, dann arc en cercle. Auf Hautreize z. B. kaltes Wasser reagiert Patientin ein wenig. Sie wird isoliert, steht aufrecht im Gitterbett, macht delirante Äußerungen wie: „Mutter, Mutter, ich möchte bei dir sein; wenn ich nicht für den Vater zu sorgen hätte, wäre ich schon längst bei dir . . .“ Nach 1 Stunde Schlaf. Menses.

11. Oktober. Für den Anfall selbst vollkommen erinnerungslos; die deliranten Äußerungen finden in ihren Lebensschicksalen eine völlige Erklärung.

In wiederholtem Examen entwickelt Patientin folgende Biographie: Mutter starb vor 2 Jahren; Vater lebt in drückenden Verhältnissen und wird von ihr unterstützt; ein Bruder leidet an nächtlichen Anfällen, in denen er spricht oder aufsteht und herumgeht. Patientin selbst hatte als ganz kleines Kind Erstickungsanfälle, erlitt im 6. Lebensjahre ein Schädeltrauma mit Bewußtlosigkeit; sonst immer gesund und von heiterer Gemütsart. Mit 15 Jahren wollte sie einmal des nachts bei Mondschein zum Fenster hinaussteigen, öfters fand sie früh sich selbst mit ihrem Bettzeug am Boden, konnte sich das nicht erklären. Im Alter von 16 Jahren machte sie die Bekanntschaft eines „Grafen“, mit dem sie bald sexuell verkehrte; Libido zugegeben. Als sie im dritten Monate schwanger war und über Üblichkeiten klagte, verschwand der „Graf“ auf Nimmerwiedersehen. Patientin sei sich erst im fünften Monat über ihren Zustand klar geworden. Sie traute sich nicht nach Hause, weinte viel, wollte ins Wasser springen. In Wien wurde sie des Kindes entbunden; dasselbe kam aufs Land in Pflege; sie schickte regelmäßig Geld und Kleider. Viel zu spät erfuhr sie, daß ihr Kind gestorben sei, worüber sie sich sehr kränkte. In der Folgezeit wiederholte Anfälle, indem sie plötzlich, z. B. während des Essens, unter den Tisch fiel, lachte, weinte, um sich schlug, so daß sie da vier Männer kaum halten konnten. Hinterher vollkommene Amnesie und innerliche Schmerzen. „Aus Zorn“ nahm sie sich nun im Alter von 20 Jahren einen zweiten Geliebten und um nicht in die Hoffnung zu kommen: Rotwein mit viel Safran und verrosteten Nägeln. Diese Mischung war ihr als Abortivum empfohlen worden.

Nach ihrer ersten Internierung blieb sie gesund. Als Anlaß zur jetzigen Erkrankung ist folgendes zu eruieren. Im Jahre 1900 machte sie in Salzburg die Bekanntschaft eines Herrn, der ihr die Ehe versprach. Jetzt anfangs September war sie wiederum in Salzburg, traf denselben Mann mit einer andern. Da wurde ihr so schwer ums Herz. Sie selbst hatte kein Geld, dazu häusliche

Sorgen: die Schwester schrieb, daß sie nichts mehr zu essen hätten. Nun setzte sie sich allerlei in den Kopf, fürchtete, daß der Anfall wiederkäme. Potus wird in Abrede gestellt; Intoleranz gegen Alkohol. Über ein sexuelles Trauma ist nichts in Erfahrung zu bringen. Im Alter von 16 Jahren, als sie noch naiv gewesen sein will, wurde sie im Beichtstuhl gefragt, ob sie Jungfrau sei; sie wurde auch über das Wesen der Jungferschaft aufgeklärt. Angeblich ging sie darum nie mehr beichten.

Bei dem Examen ist Patientin sehr zerstreut, tändelt mit ihren Händen, lächelt oder macht ein verzweifeltes Gesicht, spielt sich auf die Zurückhaltende hinaus und läßt sich ganz triviale Details nur mit größter Mühe entreißen, verwickelt sich in Widersprüche. Den Unterschied ihres Verhaltens, wenn sie allein und wenn sie den Ärzten gegenüber steht, vermag sie nicht zu begründen; sie leugnet, je heiter zu sein; habe immer ihre Gedanken, die sie nicht offenbaren könne, da sie sonst nicht entlassen werde. Gleich darauf betont sie aber ihren Lebensüberdruß; es ziehe sie förmlich zum Fenster: „dann ist alles aus“. Hält man ihr die ewigen Strafen vor, so schweift sie sofort ab: „Ich bin schon so alt und habe kein Glück mehr.“ Bei unangenehmen Fragen unterbricht sie sofort: „Nicht wahr, morgen werde ich entlassen,“ um gleich darauf wieder mit Selbstmord zu drohen: „Wenn ich heute hinaus komme, so kann und mag und will ich nicht leben.“ Bei Nacht habe sie böse Träume; sie sehe im Halbschlafe, daß sie jemand umbringen wolle, sei dann ganz starr und könne sich vor Angst nicht rühren.

13. Oktober. Wechselndes Benehmen; außer der Visite laut und lebhaft, den Ärzten gegenüber stets theatralisch. In der Regel tief ernst, erwartet sie mit feierlicher Miene die Ansprache, weigert sich dann, einer ärztlichen Anordnung Folge zu leisten, steigt aus dem Bette und bleibt regungslos wie eine Statue stehen, solange die Visite in Sicht ist. Des Abends, wenn sie im Konferenzzimmer gehört werden kann, deklamiert sie von ihrem Unglück, aber auch von einem zu erwartenden großen Glück.

19. Oktober. Wie man sich etwas eingehender mit der Patientin beschäftigt, kommt sie mit ihren übertriebenen Versicherungen von Lebensüberdruß. Sie erklärt, sie wolle sich hier aushungern, lächelt ungläubig, wenn ihr mit künstlicher Ernährung gedroht wird, läßt sich nur Kaffee eintragen. Unter der Decke ißt die Kranke aber den Schinken einer Nachbarpatientin und mehrfache Portionen. Augenscheinlich als Folge am

24. Oktober Klagen über gastrische Beschwerden. Patientin hat sich auf der Kopftafel den Braten selbst ausgestrichen, da sie von Mitkranken wegen ihrer Heuchelei zur Rede gestellt wurde. Leistet keinen Widerstand, als derselbe wieder aufgeschrieben wird.

25. Oktober. Begehrt heute stürmisch ihre Entlassung; droht, sie tue sich etwas an, wenn sie übermorgen noch herinnen sei. Dann beginnt sie zu heulen und setzt diesen affektierten Schmerzausbruch fort, solange die Ärzte in Hörweite sind.

31. Oktober. Die folgenden Tage trotz hypochondrischer Beschwerden ganz zufrieden. Sie verlangt, daß man ihr den Magen aufschneide, um die Ursache ihres Leidens zu entdecken. Sie sei ganz voll, könne nicht essen, habe Trichinen.

4. November. Taedium vitae ganz zurückgetreten. Verlautet einem Arzte gegenüber, daß sie hypnotisiert werden möchte, klagt über Schlaflosigkeit, schläft jedoch ganz gut. Sie gefällt sich noch immer in Posen, blickt häufig träumerisch vor sich hin. Wird heute ihrer Schwester übergeben.

Dieses Delir wäre am besten ein erzählendes zu nennen. Die Patientin durchlebt nicht eine Situation; sie macht es wie schlechte Dramatiker, die einen Schauspieler auf die Bühne schicken und diesen alles erzählen lassen, was das Publikum zum Verständnis des Stückes wissen muß. Die Kranke selbst gibt eine lückenlose Exposition. Die Delirien werden jedesmal assoziativ von gefühlsstarken Erinnerungen her geweckt; es gelingt auch dem Arzte, sie hervorzurufen. Sie sind psychisch beeinflußbar, wechseln die äußere Form, bewahren aber den persönlichen Inhalt; sie stehen mit konvulsiven hysterischen Anfällen in so naher Beziehung, daß an der Diagnose nicht gezweifelt werden kann. Nebstbei ist ein schön ausgeprägter hysterischer Charakter zu verzeichnen, der namentlich den Ärzten gegenüber hervortritt, während er außerhalb der Anstalt nicht nachweisbar ist, also mit dem Augenblicke der Entlassung abzuschneiden scheint. Die Patientin lügt und schwindelt so klar und berechnend, daß es gerade hier schwer fallen dürfte, an unterbewußte Simulation zu denken. Das widersprechende Verhalten gehört zum Krankheitsbilde. Offiziell hungert sie, darum ißt sie eben den Schinken der Nachbarin unter der Decke; sie plärrt um Entlassung, droht in einem Atem, sie werde sich sofort umbringen, trotzdem sie weiß, daß gerade diese Drohung ihre Entlassung vereitelt. Sie lebt schon viele Jahre trotz dieses Selbstmorddranges und sie lebt ganz gerne. Sie wünscht und fürchtet die Hypnose, für die sie sehr empfänglich ist; leider in dem Sinne, daß Ausnahmszustände ausgelöst werden, gleichwie durch Schlafmittel (Paraldehyd, Amylenhydrat). Ganz heterogene Dinge bewirken eine gleichartige Reaktion der hysterischen Persönlichkeit.

Ätiologisch ist bemerkenswert, daß somnambule Zustände bereits vor der Affäre mit dem „Grafen“ bestanden. Die Krankheit geht also weiter zurück, als ihre Reminiszenzen vermuten lassen. Es soll hier vorweggenommen werden, daß in diesem wie in anderen Fällen irgendwelche affektvolle Ereignisse des Lebens Inhalt für die Delirien hergeben müssen; Patientin hat diese einzige Quelle für Deklamationen, ohne daß doch die Krankheit selbst aus diesem Ereignisse abzuleiten wäre. Für eine epileptoide Natur jener Antezedentien hat die Beobachtung keinerlei Anhaltspunkt geliefert.

Einen recht schleppenden Verlauf nimmt

Beobachtung VIII.

Franziska P., 29 Jahre alt, verheiratet, katholisch, Bedienerin, kommt am 21. Februar 1903 an die Klinik.

Patientin, die über sehr geringe Kenntnisse verfügt, nur notdürftig lesen und schreiben kann, war charakterologisch stets abnorm, sehr reizbar, streitsüchtig, fing mit allen möglichen Leuten Liebschaften an, schlug den Mann, rief die Polizei ins Haus. 2 Kinder sind gesund; mehrere Abortus (angeblich Abtreibungen). In den letzten 2 Jahren ergab sie sich offiziell einem liederlichen Lebenswandel.

Die Kranke wird von einer internen Abteilung herübertransferiert, weil sie Chloroform getrunken haben soll, ein Messer an sich nimmt, für die Nacht Selbstverbrennung mit Spiritus ankündigt. Sie ist mürrisch, schlaflos, weint.

22. Februar. Patientin sehr gedrückter Stimmung, ist nur allmählich zu Antworten zu bringen, örtlich und zeitlich vollkommen orientiert. Sie erzählt, daß sie sich von ihrem Manne vor $^3/_4$ Jahren trennen mußte, weil dieser, ein Trunkenbold, sie mißhandelt habe. Sie hätte sich als Bedienerin fortgebracht, oft Not gelitten; jetzt sei sie wegen eines Lungenleidens ins Spital gegangen. Da

sie das Leben verdrieße, trage sie sich schon längere Zeit mit Selbstmordabsichten; das Chloroform nahm sie deshalb ins Spital mit (!); sie muß zugeben, daß sie nur sehr wenig davon getrunken haben könne. — Keinerlei Verätzungen sichtbar.

23. Februar. Unzugänglich. Wirft mit Wasserbechern gegen andere Kranke, muß isoliert werden. Keine Einsicht.

2. März Dauernd depressiv, abnehmende, dann wieder ansteigende Erregung. Schlägt los.

9. März. Früh bei der Visite kehrt Patientin sich gegen die Wand, schimpft und spuckt gegen einen „Schwindler", reagiert auf keine Ansprache. — Mittags stürzt sie auf eine Mitkranke los, würgt dieselbe. — Bei der Nachmittagsvisite klar, geordnet, amnestisch für die Ereignisse des Tages; leugnet einen Schwindler zu kennen, bestreitet auf das Entschiedenste aggressiv gewesen zu sein. — Abends nicht examinierbar, hochgradig erregt, sucht das Gitterbett zu demolieren. Auf eine Hyoszininjektion Beruhigung und Schlaf.

10. März. Beschwert sich in schreiendem Tone, daß man sie beschimpfe; ein „Lausbub sei nachts mit einem Messer zu ihr gekommen". Die Kranke läßt keinen Zweifel darüber, daß sie den Arzt mit der Injektionsspritze meine, konstatiert auch ganz richtig, daß derselbe augenblicklich nicht anwesend sei, schimpft indes weiter.

11. März. Fährt auf jede Mitpatientin los, deren sie habhaft werden kann; dem Examen gegenüber völlig unzugänglich. Analgesie. Durch die Anwesenheit der Ärzte wird die Erregung sichtlich gesteigert. Die Kranke tut allerdings, als ob sie niemand bemerken würde, richtet ihre Beschimpfungen gegen eine Mitpatientin, die tatsächlich einmal zurückgeschlagen hatte, jetzt aber gar nicht im Gesichtskreise ist, und gegen einen fiktiven Liebhaber, „von dem sie sich nichts gefallen lasse, der sich entfernen solle" etc.

So bleibt der Zustand auch in den nächsten Tagen. Patientin hält die Augen meist geschlossen, deliriert. Auf Zuspruch wird das Schimpfen lebhafter; jede Art Eingriff wehrt sie rücksichtslos ab. Sowie das Gitterbett auch nur einen Moment offen bleibt, springt die Kranke heraus, zerreißt und vernichtet, was ihr in die Hände fällt; in geradezu raffinierter Weise versteht sie außerordentlichen Schaden zu verursachen. Nach einer Serie von Apomorphininjektionen wird Patientin am

14. März etwas freundlicher, lächelt die Ärzte an, um gleich wieder, gegen die Wand gewendet, zu schimpfen. Einpackung.

15. März. Patientin spricht die Visite an, klagt ohne sonderliche Erregung, daß man ihr das Hemd nehme; unvermittelt wieder das frühere Verhalten.

17. März. Nachts Strangulationsversuch angesichts der diensthabenden Wärterin.

Das Delirium dauert an, die Kranke ist aber jederzeit fixierbar, gibt formell korrekte Antworten. Während sie eine Matratze oder ein Gitter zerreißt, behauptet sie ganz ruhig zu sein und beschwert sich über die Internierung. Bei Erwähnung ihres Mannes gerät sie in lebhaften Affekt, schimpft wiederum gegen die Wand.

31. März. Einmal überrascht man die Patientin in lebhaftem Gespräch mit anderen Kranken; auf die Fragen des Arztes geht sie nicht ein, behauptet nur, ihr Sohn werde kommen, sie abholen.

Zunehmende Unruhe und Zerstörungssucht. Patientin äußert Wahnideen, sie sei verzaubert, man halte ihren Mann hier irgendwo versteckt. Sie wird am

9. April 1903 in die Irrenanstalt übersetzt, beruhigt sich nur sehr allmählich, um wieder vom neuen loszubrechen, und befindet sich anfangs 1904 immer noch in irrenärztlicher Behandlung.

Eine schwer degenerativ veranlagte, moralisch und intellektuell minderwertige Person mit affektvollen, lange hingezogenen, ziemlich gut charakterisierten Delirien. Eine körperliche Erkrankung und Notlage — die zunehmende Zahl der Jahre läßt den Mangel an Reizen immer mehr hervortreten — führt sie ins Spital, der vorgegebene Lebensüberdruß auf die psychiatrische Klinik. Hier entwickelt sich allmählich die Bewußtseinstrübung, die aber stets einen lebhaften Rapport mit der Umgebung verrät. Patientin ist einem Examen scheinbar zugänglich, stellt alle Missetaten in Abrede, setzt dieselben jedoch unter den Augen der Ärzte fort; sie verursacht Schaden, wo sie nur kann, überfällt harmlose Kranke; andererseits deliriert sie stundenlang über ihren Mann, knüpft auch an Ereignisse der Abteilung in deliranter Weise an. Alle therapeutischen Maßnahmen versagen, wenngleich ein Einfluß immer deutlich erkennbar ist und die Kranke sich gegen die verschiedenen Personen, Ärzte, die einzelnen Wärterinnen, verschieden stellt. Ihr Charakter, zusammengehalten mit dieser Geistesstörung, die ganz monoton sich um eine Erinnerungsreihe dreht, indem Patientin sich als die Verfolgte aufspielt, während sie ihren Bordellerinnerungen sorgfältig aus dem Wege geht, die Andauer der merkwürdigen Amnesien, der anscheinende Trotz, der sich gegen die Behandlung wehrt, das alles gestattet die Diagnose Hysterie.

Ein komplizierter Fall, indem allerlei hysterische Einzelstörungen neben Delirien das Zustandsbild zusammensetzen. ist

Beobachtung IX.

Franziska K., geboren 1879, katholisch, ledig, Dienstmädchen, kommt am 20. Dezember 1900 an die Klinik.

Vater der Patientin ist Potator strenuus, sehr reizbar; von 13 Geschwistern starben drei in frühester Kindheit. 1 Schwester leidet an Hysteria gravis, befindet sich gleichfalls in der Irrenanstalt. Die Kranke ging nach der Schule in Dienst, weil sie im Elternhause nicht gut tat; wird als lustig, ja übermütig geschildert. Sie knüpfte ein Liebesverhältnis mit einem Militär an, der sie gegen Eheversprechen deflorierte und überdies gonorrhoisch infizierte. Dann verließ er sie. Patientin nahm Lysol, wurde ins Spital, von dort auf die Beobachtungsstation gebracht mit folgenden Angaben: Hysterische Anfälle; seit einigen Tagen vermehrte, zeitweise tobsuchtartige Aufregung.

Nach kurzer Isolierung beruhigt sich die Kranke: sie stellt Anfälle in Abrede, gibt Exzitation zu, ebenso die Selbstmordversuche, bedauert nur, daß dieselben ohne Erfolg waren; so wie sie in Freiheit komme, werde sie sich doch umbringen. Keine Motivierung hierfür. — Das Abdomen in seinen unteren Regionen, der Genitalerkrankung entsprechend, druckschmerzhaft.

28. November. Ruhig.

30. November. Nach der Visite lärmt und schreit die Patientin, droht bei Annäherung alles zusammenzuschlagen, will sich über ein Geländer hinunterstürzen. In der Zelle stößt sie mit dem Kopfe gegen die Wand, im Gitterbette gegen die Eisenstangen. Auf Morphiuminjektion vorübergehend Beruhigung. Des Nachts setzt sie ihre Selbstbeschädigungsversuche fort. Sie reagiert nicht auf Anruf, hingegen mit Schmerzäußerung bei Druck auf das linke Hypogastrium.

1. Dezember. Dauernd unruhig; früh und abends Morphium. Patientin motiviert heute über dringliches Zureden ihren Lebensüberdruß: Sie habe zuverlässige Nachricht, daß ihr Amatus, mit dem sie durch 2 Jahren ging und dessentwegen sie sich auch mit den Eltern zerwarf, jetzt eine andere geheiratet habe, trotzdem ihr aber schreibe und sie in dem Glauben lassen wolle, er werde sie zur Frau nehmen.

2. Dezember. Neuerlich Exzitation; die Kranke zerreißt Wäsche, ist unzugänglich.

3. Dezember. Nachts zwei Anfälle von Jaktation, Unruhe, Jammern; Patientin behauptet, daß sie nicht schlafen konnte, weil man ihren Namen fortwährend rief.

9. Dezember. Bei der Visite heftiger Affekt; die Kranke drängt fort, sie halte es hier nicht aus; aus dem blinden Raufen wird ein Delirium. Strangulationsversuch. Patientin verlangt nach einem Messer, um sich zu töten: „Ich komme schon, ich verzweifle, ich werde wahnsinnig." Duboisin und Morphiuminjektion, Schlaf; dann Amnesie.

16. Dezember. Ähnliche Anfälle mit lebhaftem Selbstbeschädigungstrieb wiederholen sich.

19. Dezember. Spielt mit einem abgerissenen Rockband; gibt zu, sie habe sich damit aufhängen wollen. Stiert dann nach der Decke, behauptet, sie sähe eine Hochzeit. Am

20. Dezember kommt die Kranke hochgradig erregt in der Irrenanstalt an, muß durch vier Wärterinnen in die Zelle gebracht werden. Examen, Untersuchung sind völlig unmöglich. Patientin will sich durchdrängen, rauft gegen die Türe, wiederholt schreiend immer dieselben Phrasen: „Um Gottes willen, lassen sie mich, was wollen Sie von mir, ich will niemand sehen." Alsbald Beruhigung.

Nachmittags vollkommen geordnet, gibt ihre Personalien richtig an, erzählt, daß man ihr am Beobachtungszimmer sagte, sie hätte Tobsuchtsanfälle. Sie sei aber nicht tobsüchtig, habe keine Anfälle, sei überhaupt nicht krank. Patientin weiß noch, daß sie mit einer Wärterin in die Kanzlei kam, weiterhin besteht ein absoluter Erinnerungsdefekt. Nach der Adresse ihres früheren Dienstherrn gefragt, will sie sich zuerst nicht erinnern; bei immer wiederholtem Andringen nähert sie sich der vollständigen Antwort immer mehr. Sie nennt zuerst die Straße, dann die Hausnummer, endlich den Namen. In ähnlicher Weise lassen sich auch andere Daten aus der Kranken herausholen. Mit dem Fortschreiten des Examens beginnt ihr Bewußtsein sich zu trüben; sie verweigert die körperliche Untersuchung und nur über Zuspruch ist eine oberflächliche Sensibilitätsprüfung möglich. Dieselbe ergibt eine genau in der Mittellinie abgegrenzte linksseitige Hypästhesie, welche gegen die unteren Extremitäten zunimmt; am Fußrücken kann man eine tiefe Hautfalte durchstechen, ohne die geringste Reaktion. Kornealreflex erhalten. Als der Gaumenreflex geprüft wird, meint Patientin plötzlich, sie werde doch keinen Bleistift schlucken; sie gerät in Erregung, fährt sich mit beiden Händen durch die Haare, wirft sich herum, springt wieder auf, stößt nach allen Seiten gegen das inzwischen geschlossene Bettgitter an, schüttelt dasselbe, stürzt kopfüber auf die Pölster los. Dabei sieht sie starr nach einer Richtung und schimpft gegen diese: „Ihr Mörder, Räuber, ihr Verfluchten, laßt mich los, was wollt ihr von mir . . ." Trotz des exzessiven wie blinden Tobens vermeidet sie alle harten Stellen des Bettes, so daß nicht die geringste Verletzung erfolgt. Diese Szene, während welcher die Kranke auf äußere Einwirkung nicht im

mindesten reagiert, dauert über 15 Minuten; dann wird Patientin ruhig, scheint benommen.

21. Dezember. Die Kranke ist klar, gibt die Adresse ihres Dienstgebers prompt an. Die Amnesie setzt mit der Überbringung ein, umfaßt auch den gestrigen Paroxysmus. Als man diesbezüglich dringend frägt, starrt Patientin vor sich hin, lacht, murmelt; sie bewegt die Hände im Sinne der Abwehr, zeigt lebhafte Angst, zittert, atmet krampfhaft. Dann beginnt sie laut zu perorieren, teilweise an Sinneseindrücke der Umgebung anknüpfend: „Die elende Hochzeit, ich soll stehen und zusehen . . . Du, geh weg, ich brauch' es nicht mehr. Was haben's getan, ich will niemand, keinen Menschen . . . Mich will man angurten, da müßt ihr früher aufstehen . . . Warum bin ich krank, was kuriert man mich noch immer? . . . Ich soll bei der Tafel ein Gedicht vortragen? So hört Frau Hütt". Patientin deklamiert pathetisch, aber abgehackt, läßt einzelne Worte aus. Dann erzählt sie von einem Kapellmeister, der ihr eine Botschaft von ihrem Bräutigam brachte. Letzterer habe in einer Zwangslage die andere geheiratet. Nun wird sie höchstgradig erregt und schreit: „Fort ihr Kanaillen, ihr elenden Weiber, ihr wollt Gesellschaftsdamen sein?" Sie springt auf, will durch das Gitter, „Ich kann euch nicht sehen, ihr grinsenden Gesichter, wenn ich auch von meinem Vater verstoßen bin, ich brauche kein Mitleid, von keinem Menschen, fort, fort." Die Kranke tobt im Bette, wirft sich in die Höhe, fällt flach rücklings auf die Unterlage zurück, zerreißt ihr Hemd von oben bis unten: „Ich will zugrunde gehen, ich brauche kein Mitleid . . . (Larmoyant): Zu was ist die Erinnerung, da ich mich doch seit einem Jahre zu verbergen trachte. Warum bin ich nach Wien geflohen? Ich hätte in S. bleiben können." Plötzlich wieder erregter: „Mit deinem eigenen Säbel werde ich mich töten und das sogleich." Bei diesen Worten dreht sie das zerrissene Hemd blitzschnell zusammen und versucht sich zu strangulieren. Nur nach einem Kampfe gelingt es, ihr dasselbe wegzunehmen. Patientin verlangt nach einem Messer, um sich zu erstechen; sie klagt Gott an, daß er ihr jetzt diese Strafe geschickt habe, wo ohnehin durch die Erblindung der Mutter so viele Lasten auf ihren Schultern ruhen. Sie wirft sich noch eine Weile gegen die Netze des Bettes, bleibt endlich erschöpft liegen, schläft ein.

24. Dezember. Die Kranke geordnet, bittet bei der Morgenvisite um die Erlaubnis aufstehen zu dürfen; sie ist sehr matt, schwankt beim Gehen. — Nachmittags gehemmt, muß bei jeder Frage lange nachdenken, gibt aber das Datum richtig an, ebenso den Tag ihrer Hierherkunft. Den Arzt kenne sie erst seit heute früh.

28. Dezember. Neuerlich ein psychischer Anfall von dem oben geschilderten Gepräge.

2. Jänner 1901. Seit 7 Uhr früh im Paroxysmus: Vollkommen entkleidet tobt sie im ausgepolsterten Bette, stößt kurze Sätze hervor: „Warum soll ich mir das gefallen lassen? Eher zerschlag ich mir den Schädel an der Wand, ehe ich mich von euch zugrunde richten lasse, euch Rechenschaft gebe. Ich will wieder fort, ich will Ruhe haben . . ."

4. Jänner. Um 7 Uhr und um 10 Uhr je ein halbstündiger Anfall. In der Zwischenzeit am ganzen Körper Hypästhesie.

5. und 6. Jänner. Je ein Anfall.

7. Jänner. Liegt mit verhülltem Gesichte zu Bett. Als man sie vorsichtig aufdeckt, wendet sie sich mit lauten Vorwürfen gegen den Arzt: warum man sie hereingezwungen habe? man solle sie lieber ins Kriminal schicken; dort hätte sie wenigstens ein stilles Loch für sich.

8. Jänner. Vormittags wieder 1 Anfall; dann durch einige Tage Parese in beiden unteren Extremitäten, links stärker.

Die Anfälle kehren jetzt ziemlich regelmäßig wieder, knüpfen an kleine äußere Ereignisse, ein zu spät gekommenes Butterbrot, die unvorsichtige Antwort einer Wärterin, das Versagen eines Wunsches an. In den lebhaft affektvollen Reden der Kranken spielt Vergangenheit und Gegenwart durcheinander. Patientin scheint dabei zu halluzinieren und wendet sich in feindseliger Weise gegen die halluzinierten Personen. Sie ist auf der Höhe des Paroxysmus jeder äußeren Einwirkung unzugänglich. Nach dem Anfalle gerirt sie sich müde, gehemmt; sie spricht mit klagender Stimme, erinnert sich nicht an das, was sie eben gesagt und getan. Nachdem Apomorphininjektionen bei Beginn der Explosionen einigemale den Paroxysmus unterdrückt hatten, sistieren die Anfälle nun für längere Zeit.

30. Jänner. Besuch der hysterischen Schwester. Patientin erscheint etwas deprimiert, zeigt keine Erregung.

11. Februar. Die Kranke berichtet bei völliger Klarheit in ganz affektloser Weise über Verfolgungen und Gesichtstäuschungen. Sie sehe Männer in der Zelle herumgehen; einen Hund, der durch die Ventilation hinausschlüpfe; beim Fenster winkte ihr eine Hand. Patientin wehrt sich gegen die Erklärung des Arztes, daß das Sinnestäuschungen sein könnten; sie bleibt steif und fest dabei, daß diese ihre Wahrnehmungen einer möglichen Wirklichkeit entsprechen.

1. März. Überaus wechselnd in der Stimmung, ebenso wechselnd in ihren Sympathien. Die Kranke spricht mit einem der Ärzte ganz rückhaltlos, entschließt sich sogar zu einer gynäkologischen Untersuchung, während sie wenige Tage darauf für diesen Herrn ebenso unzugänglich ist, wie für die anderen. Sie steht, ohne Versuch sich zu beschäftigen, in einem Winkel, wird gereizt, wenn man sie anspricht. Anderemale drängt sie nach Entlassung; auf eine hinhaltende Antwort erfolgen Explosionen, indem sie stundenlang schreit, gegen Ärzte und Wärterinnen losgeht. Die psychomotorische Erregung erreicht die Höhe der früheren Anfälle, nur fehlt jetzt eigentlich der Anfall; die bewußte Persönlichkeit bleibt dauernd in Rapport mit der Umgebung. Die Kranke ereifert sich über die gegenwärtige Situation, schimpft über die Wärterinnen, äußert Lebensüberdruß und ist einmal so hartnäckig in ihrer Selbstbeschädigung, daß alle Mittel versagen und sie gegurtet werden muß. Erst nach Stunden vergeblichen Kampfes beruhigt sie sich, bittet um ihre Befreinng und verhält sich vollkommen still, als sie losgebunden wird. Aber wenige Tage später bricht die frühere Reizbarkeit wieder durch, so daß ein Verkehr mit der Patientin, eine körperliche Untersuchung, unmöglich ist.

1. April. Die Kranke hat mit einer ihrer Wärterinnen ein Liebesverhältnis angeknüpft; es kommt zu Disziplinverletzungen; die beiden Frauenspersonen verabreden sich gegen die Traktpflegerin. Patientin muß transferiert werden.

Auf der neuen Abteilung ist sie durch 8 Tage ruhig, verträglich, hat keinerlei Anfälle mehr, bietet außer Stimmungswechsel nichts Auffallendes. Am

20. April wird sie in die heimatliche Anstalt übersetzt.

Sie muß sich dort sehr brav aufgeführt haben, denn nach wenig Wochen kommt sie, körperlich sehr erholt, am Arme ihrer „Freundin", der damals strafweise entlassenen Pflegerin, in bester Laune besuchsweise an die Klinik und erzählt, daß es ihr draußen in der Freiheit ganz gut ergehe.

Ein schweres psychisches Trauma löst bei der veranlagten Person die Erkrankung aus. Unlustgefühle über den Schimpf, der ihr angetan, führen zuerst,

fast physiologisch weiblich, zu Selbstmorddrang; bald mischen sich psychische Störungen in Gestalt einer Abwehrreaktion hinzu, die endlich ins Ungemessene wächst. Patientin halluziniert ihrem Vorstellungskreise entsprechend (Hochzeit etc.); der Inhalt ihrer Delirien bezieht sich ganz ersichtlich fast immer auf eine Auseinandersetzung mit ihrem Geliebten; die Wärterinnen werden als Nebenbuhlerinnen dazugenommen. Später knüpft die Kranke nur mehr an die Gegenwart an; sie scheint sich mit der Vergangenheit abgefunden zu haben. Man möchte von pathologischen Affekten sprechen, wenn die Patientin nicht genau ebenso sich verhielte, wie früher in den deliranten Anfällen; sie geht nur jetzt unmittelbar auf Personen ihrer Umgebung los. Es ist dies vielleicht ein Fingerzeig dafür, daß nahe Beziehungen zwischen Affekt und Delir bestehen; tatsächlich sind Übergangsformen im Kasus VIII und auch sonst bei Hysterischen zu beobachten.

Eine Änderung des Aufenthaltsortes führt ganz unvermittelt zur Genesung, wohl durch Anregung neuer Gedankenkreise. Patientin hat ihr wahres Herz entdeckt; man kann sagen, die Liebe hat sie gesund gemacht. Sie hat nun ein leidenschaftliches Interesse, aus der Anstalt herauszukommen, und Arm in Arm mit ihrer Freundin blickt sie auf das einstige Verhältnis zu einem Manne ganz affektlos herab. Da alles hier so dem Typus der Hysterie entspricht, scheinen differential-diagnostische Bemerkungen wohl überflüssig.

Gewissermaßen als Gegenstück ein Kasus, wo ein kaum mehr als Delir zu bezeichnendes Rudiment eines solchen einem ausgesprochen hysterischen Charakter aufgepfropft ist.

Beobachtung X.

Hedwig F., 21 Jahre alt, ledig, katholisch, Koloristin, kommt am 12. Jänner 1903 an die Klinik.

Patientin lernte mittelmäßig, soll von jeher nervös, verzogen, überspannt, leicht erregbar sein. Vom 10. bis zum 11. Jahre „Herzkrämpfe“: Gefühl, daß eine Kugel vom Magen in den Schlund aufsteige, Unfähigkeit zu sprechen. Solche Anfälle von zirka 3stündiger Dauer wiederholten sich oft mehrmals des Tages. Seit dem 14. Lebensjahre ist sie in ihrem Berufe tätig, sehr geschickt, fleißig und verwendbar. Da die romantisch veranlagte, überdies körperlich sehr gefällige Person hoch hinaus wollte, gab es in der letzten Zeit Differenzen mit ihrem kleinbürgerlichen Verehrer. Derselbe drohte, wenn sie ihn stehen lasse, bekomme sie etwas mit ihm zu tun. Darüber sei die Kranke in große Angst geraten.

Patientin wird dem Kommissariate zugeführt. Es heißt, daß sie sich von zwei Leuten verfolgt wähne, von welchen der eine mit einem blitzenden Schwerte auf sie losgehe, während der andere dazu lache; sie wollte sich darum vom vierten Stocke eines Hauses herabstürzen, weiters erklärte sie, in die Donau springen zu müssen. Dem Arzte antwortet sie auf Fragen über ihre Generalien korrekt, sie ist räumlich und zeitlich orientiert, erscheint jedoch sehr aufgeregt, ängstlich und wiederholt die obigen Angaben.

Seit Ankunft an der Klinik ruhig; Patientin hat nachts gut geschlafen.

13. Jänner. Geordnet, erklärt sich für gesund, lacht über Vorhalt ihrer Äußerung von dem Manne, der sie mit dem Schwerte zu erstechen drohte. Das sei nicht wörtlich zu nehmen. Sie leugnet in bestimmtester Weise, je eine Sinnestäuschung gehabt zu haben; hingegen gibt sie zu, daß sie sehr nervös sei und anfallsweise weinen müsse. Auch gestern fiel ihr etwas ein, eine Herzens-

angelegenheit, über die sie sich nicht näher aussprechen wolle. Sie empfand Angst, machte sich Vorwürfe über ihr Vergehen, bereue, einen Herrn (ihren Verehrer) beleidigt zu haben.

15. Jänner. Die Daten des Parere werden hartnäckig geleugnet; sonst fällt nur eine Überregbarkeit in affektiver Richtung auf. Geheilt entlassen.

Die früher konvulsiven Anfälle der Patientin haben sich in hysterische Weinkrämpfe umgewandelt. In begreiflicher Furcht vor den Drohungen ihres Liebhabers objektiviert sie diese in einem sie verfolgenden Manne mit blitzendem Schwerte. Wer der Tertius gaudens ist, ließ sich nicht herausbringen, vielleicht nur eine Kontrastfigur. Daß nicht eine einfache Affekthalluzination vorliegt, zeigt die Bestimmtheit, mit welcher die Kranke an der Realität dieser ganz plötzlich, wie anfallsweise aufgetretenen Sinnestäuschungen auch dem Amtsarzte gegenüber festhält. Trotzdem sie sonst schon vollkommen klar ist, zieht sie noch die Konsequenzen aus dem Delirium. An der Klinik leugnet sie alles ab, da das überaus bewegliche, lebensfrohe Geschöpf den Wunsch hat, möglichst bald wieder entlassen zu werden.

Insofern hier ein kurzdauerndes Delirium in den habituellen Geisteszustand hinein fortwirkt, entsteht eine Ähnlichkeit mit jener Form hysterischer Psychosen, die im nächsten Unterkapitel abgehandelt werden soll. Es wird sich erweisen, daß eine scharfe Abgrenzung nicht möglich ist und bei derart rudimentären Bildern überhaupt versagt.

Alle bis nun vorgeführten Fälle von hysterischem Delirium betreffen Individuen des weiblichen Geschlechtes. Tatsächlich, wohl aus einem inneren Grunde, überwiegt die Weiblichkeit hier auch ganz unverhältnismäßig. Das theatralische Handeln, das affektvolle Hineinleben in rührende Reminiszenzen scheint dem Charakter des Mannes ferner zu liegen. Und wenn die hysterische Geistesstörung nur wenig Sinnestäuschungen und Gefühlsausbrüche, mehr mangelhafte Auffassung der Umgebung bringt, wenn wechselnde Amnesien eventuell mit konvulsiven Bewegungen anfallsweise auftreten, so pflegt man nicht mehr von Delirium zu sprechen. Immerhin wurden an der Klinik auch Patienten masculini generis gesehen, die sich hier noch einreihen ließen.

Beobachtung XI.

Eduard P., 29 Jahre alt, katholisch, ledig, Magazinsaufseher, kommt am 14. August 1903 an die Klinik. Es wird berichtet, daß er in letzter Zeit sehr aufgeregt, schlaflos war, Anfälle von Bewußtseinstrübung hatte, sich von den Leuten verfolgt glaubte.

15. August. Ruhig, geordnet. In ausführlicher und zusammenhängender Darstellung beschäftigt der Patient sich ausschließlich mit seiner Krankheit: Er habe sich stets alles zu Herzen genommen, sei müde, alkoholintolerant; auf zwei Krügel Bier mußte er schlafen oder weinen. Nach einem Schreck im Frühjahr 1900 einigemale Enuresis nocturna; seither sei er besonders leicht erregbar und furchtsam. 1902 fiel er von einem Tische, auf dem er schlafend lag; hierauf Kopfschmerzen. Nun hätten Zustände begonnen, in denen er nichts von sich wisse, Dinge tue, an die er sich hinterher nicht

erinnere. So habe er einmal seinen Schwiegervater bedroht. Patient beschreibt zwei Arten von Aura. Außerdem habe er die Empfindung, als ob er im Innern (nicht akustisch) Befehle vernähme, die sich auf die jeweilige Situation beziehen, z. B. nach einer bestimmten Richtung zu sehen, eine schlafende Katze aufzuwecken. Unvermittelt frägt der Kranke, ob es richtig sei, daß er hypnotisiert werde; er habe nämlich in den letzten Tagen ein Gefühl von Steifheit in den Augen gehabt und im Spiegel gesehen, daß dieselben gelb und trübe seien. Mit großer Gewissenhaftigkeit und sichtlicher Beängstigung zählt er eine Menge der geringfügigsten körperlichen Störungen auf, bricht dabei in Weinen aus.

17. August. Der sonst vollkommen geordnete Patient hat abends einen Angstanfall; er wünscht Arzt und Priester, da er vom Herrgott, gegen den er sich versündigt, abberufen werde; er faltet die Hände, fleht zu Gott um Verzeihung, erscheint sonst im Bewußtsein nicht tiefer gestört. Nach einer Stunde Beruhigung. Amnesie.

19. August. Verlangt Pulver; es habe ihm jemand in die Augen geschaut, darauf empfand er Kopfweh; er lasse sich das nicht gefallen. „Ich bitte den Leuten ihr Tun zu verbieten, da diese offenbar den Zweck verfolgen, mich noch mehr verrückt zu machen, als ich schon bin.“ Einer Korrektur unzugänglich; Patient versichert, er könne nicht garantieren, ob er nicht noch jemand ohrfeigen werde.

22. August. Unauffällig bis heute nachmittags, wo er einen Aufregungszustand bekommt, behauptet, er vernehme Gottes Stimme; ein Mitkranker, den er mit Namen bezeichnet, habe ihn hypnotisiert.

28. August. Drängt sich stets an die Visite: er sei hier zur Heilung, nicht damit von allen Seiten Experimente an ihm gemacht werden. Er höre fortwährend sprechen, auch die Stimme des Arztes. Verlangt wieder nach dem Geistlichen, um zu beichten.

3. September. Das widerspruchsvolle Verhalten des Kranken, der eine Reihe von Kostaufbesserungen durchgesetzt hat, immer behaglich schmauchend auf dem Bette liegt, bei unvermutetem Durchgange des Arztes aber aufspringt und um den Priester bittet, veranlaßt heute ein eingehendes Examen. Patient kommt geordnet in die Kanzlei, nimmt Platz und beginnt mit feierlicher Stimme zu erklären, daß er halluziniere; „ich weiß, daß das Einbildungen sind, aber ich glaube an Gott ...“ Über die unvermittelte Frage, wie oft er eingesperrt gewesen sei, stutzt er einen Moment, zählt aber dann eine Liste von Abstrafungen auf. Wegen Körperverletzung, wegen Einbruch, wegen Falschmünzerei. Auch für seine Einbringung ist ein Motiv zu eruieren. Er hatte ein Mädchen verführt — nach des Patienten Darstellung sie ihn — und war Vater geworden. Er zahlte die Alimente nicht, wurde wiederholt gepfändet; endlich hatte er mit dem Vater seiner „Braut“ einen Auftritt, der eine neuerliche Verurteilung (3 Monate schwerer Kerker) und auch Verlust seines Postens bedingte. Patient hofft durch ein Krankheitszeugnis seine Wiederanstellung durchsetzen zu können. Er schildert die Anfälle heute in etwas abweichender Weise: er verliere das Bewußtsein, dann sage ihm eine Stimme: „Leg Dich unter den Tisch.“

Der Kranke, der sich schon einmal mit Todesbefürchtungen unterbrochen und nach dem Priester verlangt hatte, bekommt nun seinen Anfall. Das Gesicht kongestioniert, beginnt er zu jammern, wünscht einen Geistlichen, behauptet, die Stimme Gottes zu hören ... Von Bewußtseinsstörung kann keine Rede sein; wenn Patient auch einzelne Fragen des Arztes zu überhören

scheint, so antwortet er doch ganz prompt auf andere; er bestätigt z. B. bereitwilligst, daß das sein Anfall sei. Wiewohl er sich etwas ungeordnet benimmt, bleibt er stets in Rapport mit der Umgebung. Ein tieferer Affekt ist nicht wahrzunehmen, Einwänden gegen die Echtheit seines Anfalles begegnet er mit Repliken, ganz logisch, ohne gereizt zu werden. Schließlich bewegt er die Lippen, ohne zu sprechen, vermeidet ganz auffallend den Blick des Arztes. Als dieser das Examen für längere Zeit unterbricht, den Patienten scheinbar sich selbst überläßt, gibt derselbe Zeichen von Ungeduld; er springt wiederholt auf, versichert, seine Zeit sei kostbar, er wolle den Priester etc. Außer einem Druckpunkt an der linken Mammilla keine Sensibilitätsstörungen. Traitement moral.

Patient macht nur noch zwei schüchterne Versuche, den Priester zu verlangen. Energisch abgewiesen, zur Arbeit angehalten, bleibt er völlig frei von psychischen Störungen bis zu seiner Entlassung am 28. September 1903, die er durch diplomatische Künste noch um einige Tage hinauszuschieben verstand. Warum, wird begreiflich, wenn man die Exekutions- und Expensnoten ansieht, die einander auf dem Fuße folgten.

Da hier der Krankheitswille so begründet war, daß er ein Vortäuschen krankhafter Erscheinungen im Vollbewußtsein gerechtfertigt hätte, um so mehr, als schwere moralische Defekte vorlagen, bedarf die Diagnose Hysterie einer Motivierung. Am beweisendsten ist wohl das Anfallsweise der Störung und die vasomotorischen Symptome. Konvulsive Elemente wurden nicht beobachtet, wohl aber traten spontan, meist aber durch äußere Einflüsse ausgelöst, Äquivalente auf, die ihrem Gepräge nach nur als Delirien bezeichnet werden können. Der Mangel der Verwirrtheit, Rapport mit der Umgebung, völlige Amnesie charakterisieren ebenso wie die Vielgestalt und die lebhafte subjektive Krankheitsüberzeugung, während andererseits für Simulation das Vorbild gefehlt haben dürfte; Patient war nie in irrenärztlicher Pflege. Die plötzliche radikale Heilung entspricht der Logik der Erkrankung, die hier ihre Existenzberechtigung verliert, im Momente, wo sie nicht mehr anerkannt und damit zwecklos wird.

Sämtliche Fälle hysterischen Delirs bei Männern, die an der Klinik zur Aufnahme kamen, waren gleich rudimentär.

Ganz kurz sei nur noch eines Studiosus juris gedacht, der im Anschlusse an Überarbeitung und Existenzsorgen Verwirrtheitszustände darbot. Plötzliches Auftreten der Wahnidee, ein unbekannter Mann habe seinen Kopf gestohlen, denselben zwar zurückgebracht und wieder aufgesetzt; es sei aber doch nicht der richtige Kopf; darob große Erregung, Angst, verändertes Gemein- und Ich-Gefühl. In der Zwischenzeit gute Erinnerung und Einsicht; Patient selbst analysiert seine psychischen Störungen wie ein Unbeteiligter. Mit der Überbringung in die Anstalt und Sicherstellung seiner Zukunft wird er gesund.

Noch ein paar Worte wären über die hysterischen Delirien des Kindesalters zu verlieren. Dieselben zeichnen sich vor denen der Erwachsenen durch eine gewisse Verschiedenheit des Inhaltes aus. Es fehlt natürlich das sexuelle Moment; dafür findet man gerne dämonomanische, übersinnliche oder auch triviale Vorstellungskreise. Die Delirien dauern häufig kurz, fallen auf durch Inkoordination, weiters durch eine Überfülle

motorischer Reizerscheinungen. Sie sind besonders interessant für das Studium des Wesens der Hysterie, da sie über die von aller Reflexion und Erfahrung abgelöste Umsetzung eines psychischen Trauma in Krankheitserscheinungen, über die gewissermaßen vorgebildeten Mechanismen der Hysterie belehren. Mangels einer instruktiven eigenen Erfahrung sollen zwei Fälle aus der Literatur kurz wiedergegeben werden, beide seinerzeit von Berdach mitgeteilt.

1. Ein 11jähriger Schüler der vierten Volksschulklasse kommt gerade dazu, wie von einem Neubau ein Arbeiter herunterfällt und blutüberströmt liegen bleibt. Der Junge empfindet Schaudern und Brechreiz, langt aber wohl in der Schule an; nach einer Stunde stürzt er bewußtlos zusammen; darauf folgt ein hochgradiges Erregungsstadium. Patient macht die tollsten Sprünge, die sonderbarsten Attituden, steht auf dem Kopfe, produziert arc de cercle, lacht krampfhaft. Nach $1^1/_2$ Stunden konnte er in lethargischem Zustande nach Hause gebracht werden; er schläft ein; erwacht mit Amnesie. In drei Wochen Heilung, nachdem noch einige rudimentäre Anfälle aufgetreten waren.

2. 11jähriger Schüler der vierten Volksschulklasse. Vor zwei Jahren heftiges Erschrecken, damals Kopfschmerz, Brechreiz, Schwindel. Jetzt erklärt der Kranke plötzlich, er wisse nicht, wie ihm sei, die Welt komme ihm anders vor. Er stürzt bewußtlos zusammen, heftige allgemeine Krämpfe wechseln mit den seltsamsten Gliederverrenkungen. Patient kriecht auf den Händen mit hochgehaltenen Beinen, macht eine Brücke, stellt sich in strammer militärischer Haltung auf, sitzt einige Minuten träumend am Sopha. Plötzlich stürzt er schreiend mit geballten Fäusten und starrem Blick gegen die Wand; hochgradig erregt, geht er auf jedermann, der sich ihm nähert, in wildester Weise los; nach einer Stunde wird er dämmerhaft, schläft ein. Oft 20—30 solcher Anfälle im Tage.

Diese Paroxysmen führen eigentlich zum hysterischen Anfalle zurück. Es sind nur selbständig gewordene Attitudes passionelles, das stumme Delirium ganz von motorischen Reizerscheinungen überwuchert. Entsprechend dem gesteigerten Bewegungsdrange des Kindesalters tobt auch hier die innere Erregung im Muskelspiele sich aus, ohne daß das Reminiszenzdelir vollkommen fehlen würde. Allerdings verkleidet sich der Affekt, welcher die Krankheit auslöst; er kann sogar pervertiert werden, wie z. B. der schöne Fall von Batistelli beweist, wo ein 12jähriger Knabe im Anschluß an Prügel und Erschrecken Anfälle von Zwangslachen bekam. Frug man ihn um den Grund seines Lachens, so gab er an, drohende Stimmen zu hören und die Prügel zu fühlen: ein rudimentäres Äquivalent, das kaum mehr als Delirium zu bezeichnen wäre.

c) Die hysterischen Dämmerzustände.

Nun schließt eine Reihe von Symptomenbildern an, welche unter die Bezeichnung Delirium nicht passen wollen, weil delirante Erscheinungen, die eigentlich bei allen hysterischen Psychosen vorübergehend beobachtet werden und durch ihre Eigenart für die Diagnose außerordentlich wichtig

sind, in diesen Fällen zurücktreten. Dadurch rückt ein anderes Symptom, die scheinbare Einschränkung des Bewußtseinsinhaltes, die Erschwerung der Apperzeption in den Vordergrund. Insofern bei den jetzt zu besprechenden Formen von Geisteskrankheit Reizerscheinungen eine geringere Rolle spielen, hält man sich an die Störung der Orientierung und des Assoziationszusammenhanges, die Umdämmerung des Bewußtseins und spricht von hysterischen Dämmerzuständen.

Aus dem Gesagten schon ergibt sich, daß die Dämmerzustände nicht abzugrenzen sind. Manche Autoren gebrauchen diese Benennung mit besonderer Vorliebe und im weitesten Umfange, so daß die meisten akuten hysterischen Psychosen eigentlich Dämmerzustände darstellen würden. Sachlich läßt sich dagegen natürlich nichts einwenden; nur die gegenseitige Verständigung wird dadurch erschwert. Nachdem man einmal symptomatologisch differenziert und verschiedenerlei Unterformen nach dem äußeren Gepräge der klinischen Bilder unterscheidet; nachdem eine ganze Anzahl treffender Bezeichnungen im Gebrauch ist, dürfte es sich empfehlen, den Ausdruck Dämmerzustand auf jene Fälle zu beschränken, wo die Bewußtseinstrübung hervorsticht, während das Symptomenbild eine unbestimmte Mischung heterogener Elemente ohne eigentliche Reizerscheinungen darstellt. Es dürfte aber nicht viel Zweck haben, eine schärfere Umgrenzung des Begriffes Dämmerzustand zu versuchen, da es sich nur um eine äußerliche Unterscheidung zwischen wesensverwandten Zuständen handelt, da die akute hysterische Psychose alles sagt, was diagnostisch, prognostisch und therapeutisch von Wichtigkeit ist.

Diese Dämmerzustände sind als hysterisch am besten dann gekennzeichnet, wenn sie unmittelbar mit einem Anfall zusammenhängen. Sie erscheinen tatsächlich auch prä- und postparoxysmell, wo sie der letzten Phase des Anfalles entsprechen. Ein sehr instruktiver Kasus, ein Kind betreffend, wurde als Beobachtung III schon vorgeführt. Geistesstörungen gleichen Gepräges können zwischen Anfällen stehen, endlich gibt es dieselben Zustände ohne Konvulsionen. Wenn sie bei Hysterischen plötzlich, anfallsweise auftreten, tragen sie augenscheinlich den Charakter eines Äquivalentes, um so mehr, wenn sie unmittelbar oder nach einer mehrstündigen Latenz auf eine Affekterregung folgen. Schwieriger zu beurteilen sind Fälle, in denen die Bewußtseinsänderung allmählich eintritt. Man hat dann eine Periode, wo die Alteration nur durch genaue Untersuchung nachzuweisen ist. Die Kranken benehmen sich äußerlich korrekt, sprechen geordnet. Wie bei Hysterie ganz gewöhnlich machen sich die im Normalzustande vorhandenen Ideenkreise, Gefühlsbewegungen, Antriebe bemerkbar, so daß die Handlungen vollkommen dem Charakter des Individuums entsprechen, das Herauswachsen der Geistesstörung aus der Persönlichkeit aufs schönste studiert werden kann.

Die traumhafte Bewußtseinsveränderung erreicht verschiedene Grade;

typisch ist ein unaufhörlicher Wechsel ihrer Intensität in Abhängigkeit von der Außenwelt, die scheinbaren Widersprüche im Symptomenbilde. Während die Kranken, wenn sie sich gehen lassen können, vielleicht gar nicht auffallen, findet der Arzt Bewußtseinslücken, die sich wie bei Hysterie so regelmäßig, auf bestimmte Reihen von Vorstellungen, auf bestimmte Ideenverknüpfungen beschränken, systematisiert sind. Die Patienten machen den Eindruck plumper Simulanten, indem bei erhaltener Auffassung schwieriger Probleme gelegentlich gerade elementare Kenntnisse fehlen; Kenntnisse, welche die Kranken bestimmt besessen hatten, ja jetzt noch besitzen müssen, wie ihr Verhalten verrät; aber durch Befragen kann man das nicht eruieren. Doch nicht nur Ausfälle befremden; gelegentlich kommt es dazu, daß statt des Begriffes, welcher zu mangeln scheint, ein anderer gesetzt wird, der mit dem vorliegenden Gegenstand in irgendeiner Beziehung, gewöhnlich in der der Ähnlichkeit oder des Kontrastes steht. Der Patient verkennt Dinge des alltäglichen Gebrauches, mit denen er in ganz richtiger Weise manipuliert; er redet unsinnig, indem er der nächstliegenden richtigen Assoziation wie absichtlich aus dem Wege geht, an ihrer Statt eine möglichst falsche wählt.

So hörte ich von einem jungen Mann, der anfallsweise, unvermittelt ein verändertes Gebaren zeigt. Er erklärt die Löwenmuster im Teppich für wirkliche Löwen, behauptet, daß diese ihn beißen wollen; Flaggenstangen auf einem gegenüberliegenden Festplatze nennt er Spazierstöcke und frägt den Vater, was diese da bedeuten.

Dem Examen gegenüber äußert sich diese für den hysterischen Dämmerzustand als pathognostisch angegebene Störung in Form des sogenannten Vorbeiredens oder Danebenantwortens (Ganser, Jolly, Raecke). Die Kranken vermögen Fragen allereinfachster Art nicht zu beantworten, obwohl sie durch die Art ihrer Antwort kundgeben, daß sie den Sinn der Frage aufgefaßt haben. Die einfachsten Rechenexempel werden nicht gelöst; dafür Zahlen genannt, die nur dem Bestreben entsprungen scheinen, etwas Falsches oder Unmögliches zu erwidern. Vorgewiesene Gegenstände werden mit der Bezeichnung eines beliebigen andern Objektes belegt, Personen des alltäglichen Umganges erhalten falsche Namen. Dazwischen kommen wieder richtige, aber auch ganz ungehörige Antworten nach anderen Denkkategorien.

Das Symptom der gesucht verkehrten Antwort findet sich allerdings noch bei einer andern Gruppe von Geisteskranken, nämlich als Ausdruck des katatonen Negativismus. Da es auch hier auf psychische Prozesse, die krankhafte Absicht, nicht das Richtige zu erwidern, zurückzuführen sein dürfte, besteht Wesensverwandtschaft in der Genese des Symptoms bei diesen Psychosen und bei Simulanten; nur ein verschiedener Grad von Bewußtheit kann den zugrunde liegenden Motiven zugeschrieben werden. Wie einwandfreie Beobachtungen beweisen, bieten Simulanten ganz

dieselben Erscheinungen, natürlich vollbewußt. Man muß also Katatonie und Simulation ausschließen, wenn man das Symptom als pathognostisch für die Diagnose Hysterie verwerten will.

Ausdrücklich sei bemerkt, daß das Gesagte auf die Kontrastantworten sich bezieht, denn einfaches Danebenreden, ein Kleben an früheren Antworten oder gar nur mangelhafte Auskünfte trifft man bei den verschiedensten Psychosen, freilich auch bei hysterischen Dämmerzuständen. Bei Hysterie, bei Katatonie, übrigens bei allen Verblödungsprozessen kann man erfahren, daß gelegentlich Worte, die in der Umgebung fallen, den Kranken beeinflussen, indem sie ganz, bruchstückweise verstümmelt, eventuell um neue Silben vermehrt in der nächsten Antwort wiederkehren; daß man so in die Lage kommt, quasi auf experimentellem Wege eine Art Vorbeireden hervorzurufen.

Sinkt das Bewußtsein auf tiefer traumhafte Stufe, dann erfolgen die Antworten mühsam, zögernd, wie bei Verwirrtheits- und Hemmungszuständen überhaupt. In weiterer Steigerung der Benommenheit erscheinen die Kranken immer läppischer, blödsinniger; sie zeigen einen hilflosen Gang, sprechen mit kindlich rührseliger Stimme, zeitweise unzusammenhängend, ja sie bieten Zustandsbilder der akuten Demenz, nur daß die Handlungen verkehrter sind, als bei den verwirrtesten unserer Geisteskranken, weil sie immer eine gewisse Absichtlichkeit und Planmäßigkeit erkennen lassen. In schreiendem Widerspruch zu ihrer Desorientiertheit verraten diese Patienten ein ausgezeichnetes Verständnis für die Umgebung dadurch, daß sie nur ungeordnet sind in einem bestimmten Raume, in bestimmter Gesellschaft, während sie gelegentlich einmal das Krankheitsbild eines Nachbarn ganz getreu nachahmen und dadurch ihre scharfe Auffassung dokumentieren.

Insofern die Unmöglichkeit der Reproduktion nicht auf Kenntnisse, sondern auf die persönlichen Erfahrungen der näheren und ferneren Vergangenheit sich erstreckt, spricht man von Amnesien, welche in typischer Ausprägung, meist als systemisierte vorkommen, dadurch ebenfalls das Aussehen von bewußten Lügen annehmen. Die Auffassung als hysterisch wird wesentlich gefördert, wenn so ein Patient z. B. genau weiß, daß ein anderer Kranker auf ihn losschlug, wenn er sich aber nicht erinnert, daß gleichzeitig auch er selbst Prügel austeilte u. dgl.

Es können Hemmung, Mutazismus, plastische ausdrucksvolle Stellungen, Klownismen, Krämpfe den Zustand komplizieren. Letztere erleichtern die Diagnose ebenso wie konjugierte Ablenkung des Kopfes und der Augen nach einer Seite, Strabismus convergens, indem die Bulbi auf die Nasenspitze eingestellt sind, Laterospasmus u. dgl. mehr.

Zu der in Rede stehenden Gruppe Hysterischer gehören Patienten, welche in einem dämmerhaften Zustande herumgehen, allerlei unsinnige und unmotivierte Aktionen unternehmen, z. B. ganz unvermutet einen

Selbstmordversuch. Die Handlungen können aber auch zweckmäßig erscheinen, indem der Antrieb aus einer gegebenen Situation entspringt: Eine Patientin, Dame aus der Gesellschaft, die im Dämmerzustande zugunsten wohltätiger Zwecke Geld sammelt. Oder die Individuen werden kriminell, dies um so leichter, als bei der Einengung des Bewußtseins die egoistischen Motive überwiegen, das Ich sich rücksichtsloser auslebt und das Fehlen von Hemmungen zu Gewalttaten und Angriffen drängt.

Das psychische Zustandsbild wird vielfarbiger durch Lachen, Weinen, Schreien, namentlich bei Kindern. Man hat Dämmerzustände beschrieben, in denen traumhaft gesprochen oder bizarre Phantasievorstellungen, d. h. wohl wirkliche Erlebnisse in Verkleidung vorgebracht wurden, fragmentarisch, in abgerissenen Worten; andererseits sah man zwangsmäßig erleichterte Reproduktion von Erlebtem, Gelesenem, Logorrhöe. Organempfindungen können illusionär verarbeitet werden, nur ganz flüchtig treten Sinnestäuschungen auf, selbst einzelne Wahnideen. Störungen des Gefühlslebens bleiben im Hintergrunde; zur Demenz gehört Apathie, an der zähe festgehalten wird; doch findet man auch Depression, vorübergehend ängstliche Verstimmung; Nahrungsverweigerung.

Erwähnt wurde schon, daß die Dämmerzustände entweder akut einsetzen oder allmählich einschleichen; ersteres namentlich dann, wenn eine Gemütserschütterung oder ein toxisches Agens, wie Alkohol, die Geistesstörung unmittelbar auslöst. Als psychische Ätiologie kommt hier auch Kriminalität in Betracht. Mit besonderer Vorliebe bricht gerade diese Form hysterischer Geistesstörung bei Degenerierten aus, wenn sie zur Verantwortung gezogen werden sollen — eine Tatsache, auf die namentlich Ganser und Raecke aufmerksam gemacht haben. Die differential-diagnostischen Schwierigkeiten der vollbewußten Simulation eines Defektindividuums gegenüber können unüberwindliche sein.

Die Dämmerzustände dauern entweder sehr kurz, manchmal nur Stunden, oder sie halten, allerdings mit Unterbrechung durch lichte Augenblicke, Tage, Wochen und selbst mehrere Monate an; sie hören früher auf, wenn die geeigneten Einwirkungen von außen erfolgen. Geradezu verblüffend ist in manchen Fällen die enorme Suggestibilität dieser Hysterischen, insofern Änderung der Umgebung, Drohungen, therapeutische Maßnahmen prompt auch das Zustandsbild ändern. Anderemale befremdet die Hartnäckigkeit, mit welcher die Patienten an Wahnideen kleben, trotzdem sie bereits Einsicht und Verständnis bekunden. Wieder andere Kranke zeigen sich wählerisch: Manchen Reizen gegenüber sind sie vollkommen unzugänglich; man kann sie anschreien, ohne die mindeste Reaktion zu erhalten, eine mechanische Erschütterung z. B. hingegen beendet in brüsker Weise den Anfall.

Aus Zweckmäßigkeitsgründen sei mit einem Kasus begonnen, der

diagnostisch vollkommen klar liegt, indem an einen Dämmerzustand ein hysterischer Anfall mit postparoxysmellem Delir anschließt.

Beobachtung XII.

Marie H., geboren 1877, katholisch, ledig, Dienstmädchen, kommt am 17. Jänner 1900 mit folgendem Rapporte an die Klinik:

H. wurde heute als abgängig angezeigt, dann ganz zufällig in einer geschlossenen Kiste am Dachboden des Hauses aufgefunden. Sie war zuerst bewußtlos, bekam beim Erscheinen der herbeigerufenen Rettungsgesellschaft hysterische Krämpfe, begann dann laut zu schreien, Verfolgungsideen zu äußern: man wolle sie erstechen, erschießen.

Bei der Aufnahme um 10 Uhr vormittags hält sie die Augen geschlossen und spricht im Tone lebhaftesten Angstaffektes fortwährend vor sich hin. Der Inhalt ihrer Äußerungen dreht sich um Halsabschneiden, Messer, Pistolen, Verfolger. Sie ruft ihren Vater zu Hilfe, man solle sie verschonen, nicht umbringen. Durch Fragen ist sie in ihrem Monologe nicht zu unterbrechen. Das geht so fort bis um 1 Uhr mittags, wo sie plötzlich ruhig und klar wird.

18. Jänner. Die Kranke weiß über die Vorgänge des 17. von 2 Uhr nachts bis 1 Uhr mittags nichts anzugeben. Am 16. um 5 Uhr abends habe sie in der Wohnung ihrer Herrschaft Licht gemacht und sich in die Waschküche im dritten Stock hinaufbegeben. Sie wurde bald durch Rufe alarmiert; es war Feuer in der Wohnung ausgebrochen. Die Kranke erschrak sehr heftig, um so mehr, als ihr von der Dienstgeberin die Schuld an dem Brande zugeschoben wurde. Nachdem das Feuer gelöscht war, ging sie neuerdings in den Waschraum und arbeitete hier, soweit ihr erinnerlich, bis zirka 2 Uhr nachts. Patientin ist erstaunt zu hören, daß sie in einer Kiste aufgefunden wurde. — Zahlreiche Druckpunkte; Ovarie; Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte; stellenweise zuckt die Kranke auf Nadelstiche heftig zusammen.

19. Jänner. Klagt nur über einen stechenden Schmerz im Kopfe; sonst gehe es ihr ganz gut. Die Amnesie besteht in der gleich scharfen Begrenzung fort.

2. Februar. Dauernd geordnet; Stigmen geschwunden. Geheilt entlassen.

Man hört von einem heftigen Schreck; obendrein wurde die Patientin durch den Vorwurf, am Ausbruche des Feuers schuld zu sein, in Angst und hochgradige Aufregung versetzt; sie geht auf den Dachboden, kauert sich in eine Kiste, deren Deckel sie über sich schließt. Es ist keine Aufklärung zu bekommen, was dieses sonderbare Handeln bedeutet; dasselbe setzt gewisse Bewußtseinsvorgänge voraus. Man darf vielleicht eine symbolische Deutung versuchen: die Kranke will dem ungerechten Vorwurfe entgehen; in einer Art Vogel-Strauß-Politik sucht sie sich zu verstecken. Sie flüchtet die Stiegen hinauf; am Ende des Weges mag eine gerade bereitstehende Kiste den Augenblickimpuls erweckt haben, hineinzukriechen. Nun wird sie aber gefunden, in einer Situation, die dem wachen Bewußtsein unerträglich erscheinen muß; Patientin liegt bewußtlos da und als die Ärzte auf den Plan treten, um sie ins Leben zurückzurufen, setzt ein konvulsiver Anfall ein, gewissermaßen als Retter in der Not. Hierauf folgt eine Geistesstörung, die in verzerrter Form die Angst der Kranken wiedergibt. Klinisch hat man als pathologische Reaktion der hysterischen Persönlichkeit auf den schweren Affekt einen präparoxysmellen Dämmerzustand und ein postparoxysmelles Delir, diese beiden Grundtypen

hysterischer Psychosen durch den Anfall, zu dem sie gehören, in eine Einheit verschmolzen.

Es können durch Überwuchern von Sinnestäuschungen und Wahnideen auf dämmerhaftem Grunde fließende Übergänge zum Delir entstehen. An Beobachtung X knüpft unmittelbar der nun mitzuteilende Kasus. Das initiale Delir wird zu einer einzelnen Sinnestäuschung oder Wahnidee; das Stadium mangelnder Korrektur bei anscheinender Klarheit dehnt sich aus und man darf einen Dämmerzustand diagnostizieren.

Beobachtung XIII.

Rosa St., 16 Jahre, ledig, katholisch, Magd, kommt am 9. Jänner 1903 an die Klinik.

Mutter hysterisch und imbecill; von 11 Kindern leben nur mehr sechs. Patientin fuhr am 6. Jänner 1903 von ihrer kleinen Heimatsgemeinde weg, um in Wien einen Dienstplatz zu finden. Noch am 9. früh bemerkte die Wohnungsgeberin nichts Auffallendes an der Person, als sie mit ausgeschnittenen Zeitungsannoncen wegging.

Die Kranke suchte indes die nächste Wachstube auf, bat dort, man möge sie vor den Verfolgungen eines Mannes schützen, der sie erstechen wolle. Sie zeigt Angst, antwortet fast auf jede Frage nur: „Ich weiß nicht.“ Sie vermag ihren Namen nicht anzugeben; erst nachdem ihr mehrere Namen, schließlich auch ihr eigener (nach einem Dokument) vorgesagt werden, flüstert sie: „Ja.“ Sie kenne ihren Verfolger nicht, fürchte aber niedergestochen zu werden; darum möge man sie nicht nach Hause bringen, sie wähne sich dort nicht sicher; übrigens weiß sie auch die Wohnung nicht.

Bei Ankunft an der Klinik erregt, schläft des Nachts wenig.

10. Jänner. Patientin vollkommen geordnet, spricht fließend, klagt über Magenweh. Erst über Vorhalt gibt sie zu, gestern bei der Polizei gewesen zu sein. Sie hätte gar nicht gewußt, daß das die Polizei sei, sie wollte sich nur verstecken vor „Einem, der sie immer ersticht.“ Durch stets fortgesetzte Fragen, die sie immer nur aufs knappste, oft nur formell beantwortet, erfährt man endlich, daß sie den Mann sogar gesehen habe, sie könne sich aber auf sein Äußeres nicht erinnern. Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, weicht sie aus; in die Enge getrieben, behauptet sie endlich, er sei ihr in der Nacht „vorgekommen“. Örtlich vollkommen orientiert; Krankheit wird abgelehnt, Potus negiert, ebenso jeder Affekt. Seit November 1902 sei sie ohne Beschäftigung. — Unscheinbare, kleine rothaarige Frauensperson. — Faradisation.

11. Jänner. Andauernd klar, ruhig zu Bett, bleibt dabei, der Mann mit dem Messer existiere; sie habe ihn heute nachts noch gesehen, allerdings nur im Traume, als man ihr zusetzt.

12. Jänner. Patientin zeigt heute, wie lange das Messer gewesen, mit welchem der Mann sie erstechen wollte (zirka 2 *dm*). Trotzdem man ihr die schreiendsten Widersprüche nachweist, wiederholt sie ihre Angaben, ganz affektlos, mit unaufrichtigem Gesichtsausdruck. — Energische Faradisation.

14. Jänner. Beginnt zu korrigieren; gibt preis, daß jener Unbekannte, den sie sich „eingebildet“, doch eigentlich ein Bekannter gewesen sei, mit dem sie eine Herzensaffäre habe. Sehr zurückhaltend.

17. Jänner. Volle Krankheitseinsicht; bezieht die abgelaufenen Störungen auf ihren Liebeskummer. Geheilt entlassen.

Wenn hier ein Crimen vorausgegangen, hätte man unzweifelhaft zuerst an Simulation denken müssen. Die Antworten der Patientin erschienen so unwahr, so ungeheuerlich und unvermittelt im Hinblicke auf den sonstigen Bewußtseinsinhalt; sie ließ sich auch in die Enge treiben und modifizierte ihre Aussagen jeden Augenblick wie ein Lügner vor Gericht im Kreuzverhöre. Trotz völliger Klarheit hält sie aber die Grundhalluzination aufrecht; sie kommt immer wieder auf dieselbe zurück, bis sie einigemale kräftig faradisiert worden ist. Der Dämmerzustand, das Nichtwissen der Personalien ist klar genug ausgesprochen; das einleitende Delir könnte als eine Art Wunschdelir bezeichnet werden. Die Patientin gestand eine unglückliche Liebe ein. Sie wollte, daß ein bestimmter Mann sie verfolge und sie halluzinierte diese Verfolgung in einer ziemlich kenntlichen Verkleidung. Die psychologische Analyse vieler Fälle führt nämlich zu dem Ergebnisse, daß dieser „stehenden" Halluzination eine sexuelle Bedeutung zukomme.

Es fehlen im vorliegenden Falle zwar alle konvulsiven Erscheinungen, es fehlen auch körperliche Zeichen der Neurose; trotzdem ist die Psychogenie so klar ausgesprochen, daß man an der Diagnose nicht zweifeln wird. Nicht nur die Lügen der Patientin sind charakteristisch; man stößt hier obendrein auf ein wertvolles psychisches Stigma, den Krankheitswillen. Die ganz klare Patientin weiß sehr genau, was man ihr als Krankheit anrechnet. Es wurde ihr von der Umgebung und von den Ärzten kein Zweifel darüber gelassen, daß man ihr den Unsinn nicht glaube. In hartnäckigem Trotze hält sie daran fest; sie will krank erscheinen, sie will gar nicht entlassen werden im Gegensatze zu anderen klaren Patienten. Nachdem für Simulation jeder Grund fehlt, muß man ein solches Verhalten auf Rechnung der Hysterie setzen. Es wird sich noch erweisen, daß es keine Kranken gibt, die sich so gegen das Gesundwerden sträuben wie Hysterische, wenn eine zureichende Krankheitsursache andauert.

Nur durch den Bewußtseinsinhalt unterscheidet sich die einen Mann betreffende

Beobachtung XIV.

Leopold B., 33 Jahre alt, Witwer, katholisch, Kellner.

Im Alter von 3 Jahren einige nächtliche Angstanfälle mit verstörtem Aufschreien; sonst psychisch stets normal. Nach erfolgreichem Schulbesuche war er in seinem Berufe tüchtig, lebte mit der Gattin bis zu deren Tode (1901) in 4jähriger guter Ehe. Seit Anfang 1903 konnte er keine ordentliche Stellung finden, hatte Geldsorgen, war leicht verstimmt, gedrückt. Potus mäßig, 1 bis 2 Krügel Bier pro Tag. Seit dem 18. Juli ging er wieder in einen Dienst. Am 24. Juli besuchte er das Grab seiner Gattin, am 25. Juli verließ er zur gewohnten Stunde das Haus, ohne daß man etwas Auffälliges an ihm bemerkte. Er begab sich aber auf eine Donaukanalbrücke und promenierte dort so lange hin und her, bis er arretiert und zum Amte gestellt wurde. Hier war er sehr erregt, verlangte, man sollte ihn weglassen, da er seine Frau suchen müsse. Dieselbe sei seit früh aus der Wohnung abgängig, er könne sie nirgends finden, wolle deshalb zum Kaiser gehen; in der Hofburg werde man ihm bei der Suche gewiß behilflich sein.

Patient kommt an die Klinik ganz ruhig, schläft des Nachts.

26. Juli. Beim Examen geordnet, doch mimisch insofern auffallend, als er, sich selbst überlassen, zu Boden starrt, ohne die Umgebung zu beachten. Angesprochen ist er aufmerksam, über Ort und Zeit vollkommen orientiert, gibt Auskunft über alle Vorgänge, an die er seine „idée fixe" anknüpft. Als

er sich gestern nach Mitternacht zu Bette begab, habe er gesehen, daß die Frau wie immer in ihrem Bette schlief. Als er vormittags aufstand, war das Lager der Frau schon in Ordnung gebracht, sie selbst aber verschwunden. Daraufhin begann er zu suchen, in der ganzen Stadt, im Prater, in verschiedenen Wirtshäusern, woselbst er auch einiges trank. Endlich traf er bei der ...brücke einen Wachmann und packte diesen an, ob er seine Frau nicht gesehen habe. Der Kranke erklärt es heute für einen Unsinn, eine Einbildung, daß er annahm, der Wachmann müsse seine Frau kennen. Für die Erzählung von der Audienz besteht Amnesie; sonst ist die Erinnerung ganz treu. Patient verlangt mit düsterer Miene Entlassung; er sei besorgt um seine lungenkranke Gattin; dieselbe könne sich etwas angetan haben. Als der Arzt ihm vorhält, daß die Frau ja vor 2 Jahren gestorben sei, protestiert er energisch; er sei jetzt 7 Jahre verheiratet; seine Gattin liege oder sitze im Zimmer, könne wegen ihrer Krankheit nicht arbeiten, gehe an schönen Tagen spazieren etc. Patient negiert zuerst ganz bestimmt, daß er vorgestern am Friedhof gewesen sei; allerdings gehe er 3- bis 4mal im Jahre hin, um das Grab einer Schwester und der Schwiegermutter aufzusuchen. Nach einigem Nachdenken bestätigt er aber, daß er auch am 24. Juli mit seiner Kleinen am Friedhof war. Über dringende Aufforderung, sich der Inschriften an den Gräbern zu erinnern, die er mit dem Kinde besucht habe, nennt er wieder nur Schwester und Schwiegermutter; über fortgesetzten Zuspruch bricht er endlich erregt in die Worte aus: „Jetzt weiß ich nicht, ist meine Frau gestorben oder nicht?" Weinend fügt er nach einer Pause hinzu, er erinnere sich jetzt schon, daß seine Gattin vor 2 Jahren an ihrer Lungenkrankheit verschieden sei. Die vorhin von ihm geschilderte Situation beziehe sich auf die Zeit, als die Frau noch lebte. Patient korrigiert alle seine Detailangaben. Er glaubt selbst, daß der vorgestrige Friedhofsbesuch zu seiner „Einbildung" geführt habe, da er sich dort immer sehr aufrege; allerdings begann seine Krankheit erst, nachdem er auf dem Wege ins Geschäft $^1/_4$ Liter Wein mit Gießhübler getrunken. Er habe die Vorstellung, daß die Frau lebe, wohl öfters im Schlafe, niemals aber im wachen Zustande gehabt.

Patient, der volle Krankheitseinsicht zeigt, sich geordnet benimmt, wird am 10. August 1903 geheilt entlassen. — Am

23. September 1903 geht der Mann in ein Wirtshaus, erklärt, seine Gattin erwarten zu wollen. Da er außerdem Selbstmordabsicht äußert, wird er neuerlich aufs Beobachtungszimmer gebracht. Er kommt hier in trauriger Stimmung an, schläft des Nachts gut.

24. September. Patient erkennt die Abteilung wieder, ist vollkommen geordnet, wiewohl er bezüglich der zeitlichen Orientierung falsche Angaben macht. Er bleibt dabei, daß seine Frau noch lebe; ärgerlich fügt er hinzu, wenn er das behaupte, bringe man ihn hierher, darum sage er lieber nichts. Auf Suggestivfragen geht er nicht ein; als man ihm die frühere Krankengeschichte, seine eigene Krankheitseinsicht vorliest, fährt er auf, das sei alles nicht wahr. Er starrt unwillig vor sich hin. Als der Arzt endlich freundlichen Zuspruch versucht, erklärt er verzweifelt: „Ja, sie ist am Friedhof — damit ich Ruhe habe!"

Patient von femininem Habitus, zeigt gut entwickelte Mammae, sogar Drüsengewebe, weiblich gruppierte Schamhaare. Er läßt sich tiefe Nadelstiche ohne Reaktion gefallen, steckt sogar die Hände der Nadel entgegen.

Nachmittag. Der Kranke hält trotz neuerlichen Zuspruches an seiner Wahnidee fest. Als er mit dem faradischen Pinsel bearbeitet wird, rötet die

Haut sich lebhaft; zudem äußert er Schmerz. Nach wenig Pinselstrichen ändert er sein Verhalten; es sieht aus, wie wenn er in sich zusammenbräche; mit leiser, zitternder Stimme, wie ein Schuldgeständnis, erfolgt die Korrektur: er bestätigt unter Angabe des Todestages das Ableben seiner Frau. Da er dieselbe sehr gern hatte, rege er sich an ihrem Grabe immer sehr auf; darum habe er sich neuerlich eingebildet, daß er sie gesehen. Nebenbei gibt er Potus als Ursache seines Dämmerzustandes zu.

Dauernd klar, krankheitseinsichtig. Am 5. Oktober 1903 geheilt entlassen.

Die Einschränkung des Bewußtseinsinhaltes konzentriert sich hier auf eine Erinnerungsgruppe, die der Patient in seiner Krankheit einfach vergißt. Die Lücken der systematischen Amnesie werden ausgefüllt, das Ganze mit der Gegenwart verwebt. Der Alkoholkonsum darf als auslösendes Moment Berücksichtigung finden; vielleicht trank der Mann auch, „um zu vergessen“. Von einem pathologischen Rausch kann natürlich nicht gesprochen werden, da das Spirituosenquantum, welches Patient vor seinem Dämmerzustand trank, der alltäglich gewohnten Menge entsprach; da die Wahnidee auch durch eine durchschlafene Nacht festgehalten wurde. Hingegen wächst die geistige Störung aus einem Schmerzaffekt, der wiederaufgefrischten Erinnerung an das Ableben der geliebten Frau, heraus; es ist ein Wunsch, ein Traum, in den das „Ich“ sich flüchtet in Widerspruch mit der rauhen Wirklichkeit. Das erste Mal genügt einfacher Zuspruch, um den Patienten zur Korrektur zu bewegen; das zweite Mal, wo auch Stigmen deutlich ausgesprochen sind, erfordert es eines starken äußeren Gegenreizes. Der Krankheitswille hat unter dem Einflusse ungünstiger Lebensverhältnisse an Energie zugenommen.

Was an hysterischen Psychosen bei Männern auf der Klinik beobachtet wurde, trägt zu allermeist die Züge eines Dämmerzustandes, ganz ähnlicher Art. Ebenso gemeinsam ist diesen Fällen, daß sie mit Alkoholismus vergesellschaftet sind, daß ein Alkoholexzeß den Agent provocateur der Geistesstörung bildet. Es scheint unnötig, noch Krankengeschichten dieses einheitlichen Gepräges anzuschließen; ganz kurz sei nur über die „Idee“ referiert, die einem weiteren Falle masculini generis zugrunde lag.

Patient veranlaßt seine Aufgreifung und erzählt, er habe seinen 8jährigen Buben in die Donau geworfen, weil jener so schlimm sei. Er hätte ihn schon früher erschlagen mögen, da wäre er aber gestraft worden; jetzt könne man ihm nichts antun, weil er Statthaltereibewilligung habe. — An der Klinik hält der Kranke, der sonst ganz klar und geordnet ist, an diesen Ideen fest. Solange man ihm ruhig zuhört, schmückt er die Erzählung mit allen Details aus: Vor 2 Tagen bekam er das amtliche Dekret in die Hand, er sah den Buben im Wasser etc. Patient zeigt außerordentliche Neigung, vom geordneten Examen zu seinen „Erinnerungsfälschungen“ zurückzukehren, blickt dabei immer vor sich hin. Die Suggestion, all das bis zur nächsten Visite zu korrigieren, sonst werde er faradisiert, wirkt prompt.

Wenn die Dämmerzustände durch längere Zeit sich hinziehen, muß eigentlich, der Beweglichkeit und Polymorphie der Hysterie entsprechend, das Bild vielgestaltiger werden. Äußere Reize lösen Affekte aus, delirante Elemente mischen sich bei; und es bleibt dem subjektiven Ermessen des Beobachters überlassen, ob er in der Namengebung auf

die grundlegende Verschleierung des Bewußtseins Rücksicht nehmen will. Als Beispiel eines solchen protrahierten Dämmerzustandes diene:

Beobachtung XV.

Rosa K., geboren 1876, katholisch, ledig, ohne Beschäftigung.

Vater der Patientin leidet seit dem 40. Lebensjahre an epileptischen Anfällen. Von 11 Geschwistern starben 5 in der Kindheit an Fraisen, 1 Bruder in der Irrenanstalt. Nach zufriedenstellendem Schulbesuche war die Kranke 3 Monate bei einer Modistin, mußte diese Beschäftigung aber aufgeben wegen Asthenopie. Ende 1899 klagte sie über Rückenschmerzen, lag durch 3 Monate zu Bett. Als sie in einem Spitale Aufnahme suchte, entließ man sie in kürzester Frist; die Ärzte sagten, es fehle ihr nichts. Im Oktober 1900 wurde sie ganz plötzlich lärmend, schrie: „Die Auferstehung kommt“ u. dgl., wollte immer aus der Wohnung fort, lachte ohne Grund, war dann wieder verstimmt; sie betrachtete die im Zimmer befindlichen Heiligenbilder, sang dabei: „Väterlein komm, Mütterlein komm; Pfui, erlöset mich von dem Schlechten.“ Am

29. Oktober früh richtete sie sich im Bette auf und rief mit gefalteten Händen: „Vater, ich gehe in den Himmel, alle Engel werden zur Seite stehen.“ Dem Polizeiarzte gegenüber ist sie ruhig, vermag Datum, Wochentag oder Monat nicht anzugeben. Sie blickt ängstlich um sich oder lächelt, läßt weitere Fragen unbeantwortet.

Auf der Beobachtungsstation gibt sie zum Teil geordnete Auskunft oder entschuldigt sich in stereotyper Wiederkehr, daß sie durch überstandene Krankheiten geschwächt sei und darum keine bessere Antwort wisse. Sie bezeichnet sich als geistig gesund, findet an den im Parere berichteten Äußerungen nichts Auffallendes, hält mit Aufklärung zurück. — Gegen die körperliche Untersuchung wehrt sie sich, Patientin ist nicht zum Zeigen der Zunge zu bewegen, klagt über Schmerzen beim Ansetzen des Hörrohres. Linksseitige Ovarie nebst kutaner Hyperästhesie an dieser Stelle.

31. Oktober. Bisher ruhig, teilnahmslos gegenüber der Umgebung; versucht dann plötzlich auf das Fenster zu steigen, wendet sich vom Arzte ab, weicht jeder Anrede aus, will entkommen.

1. November. Jagt die Ärzte von der Visite weg mit dem Rufe: „Vater, rette meine Seele vor diesen bösen Geistern; Vater, rette sie.“

3. November. Singt in ekstatischer Weise: „Rein und keusch will ich sein, Gott schütze mich.“ — Nach Isolierung regungslos am Rücken liegend, hält die Augen geschlossen, bewegt hie und da die Lippen, ignoriert Fragen, wehrt sich aber kräftig gegen Eingriffe.

4. November. Nimmt Nahrung geordnet; sonst ganz ablehnend und stumm. Am

6. November abends bezeichnet sie den Arzt als Christus, dann wieder als Doktor, äußert Wahnideen: sie sei mit dem Himmel in enger Verbindung. Gibt als Grund ihres Stummseins an, daß sie nicht verwirrt sei, verstummt gleich darauf, zieht die Decke über den Kopf.

9. November. Beschwert sich, daß man sie vergifte, indem man ihr durch das Zellenfenster etwas hereinspritze. Es seien Soldaten, mit denen sie immer kämpfen müsse. Beginnt zu weinen.

17. November. Pose feierlicher Ruhe, ignoriert das Eintreten der Ärzte.

Wechselndes Zustandsbild bis zur Ankunft in der Irrenanstalt am 5. Dezember. Am

6. Dezember. Regungslos in Rückenlage, mit ängstlichem Gesichtsausdruck. Auf Ansprache gibt die Kranke keine Antwort. Wiederholt wird die Miene weinerlich. Bei Druck auf irgendwelche Körperstellen, besonders am Abdomen zuckt Patientin mit reflexartiger Promptheit zusammen.

7. Dezember. Ganz interesselos für die Umgebung; antwortet heute erst nach längerem freundlichen Zuspruch. Sie wisse nicht, wo sie sich hier befinde, vielleicht in einer Wachstube, auch das Datum könne sie nicht angeben. Auf viele Fragen beginnt die Kranke zu schluchzen und stürmisch zu atmen. Sie sei ängstlich und traurig, weil sie nach Hause möchte; bezeichnet sich als gesund. Bericht über Sinnestäuschungen: schreckhafte Gestalten, Engel; gräßlicher Geschmack im Munde, übler Geruch. — Vermehrte Speichelsekretion.

8. Dezember. Die ruhige Rückenlage wird nur vorübergehend unterbrochen durch Aufregungszustände. Patientin beginnt zu lärmen und zu toben. Sehr wechselnde Hyperästhesien.

Jänner 1901. Ängstlich, antwortet nicht auf Ansprache, verkriecht sich unter die Matratze.

Februar. Rückenlage; spricht mit den Verwandten, die sie besuchen, nicht aber mit den Ärzten. Am

4. März 1901 in die heimatliche Irrenanstalt übersetzt; von dort am 5. Jänner 1902 als geheilt entlassen. Am

13. Jänner 1902 erscheint sie im Ambulatorium, klar, krankheitseinsichtig, mit zahlreichen Zeichen der Neurose: Singultus, Lach- und Weinkrämpfen, durch die ärztliche Untersuchung auszulösen; außerdem besteht eine linksseitige Hyperästhesie und ein Phantomtumor im oberen Teile des Abdomens. Patientin berichtet auch noch über zahlreiche Anfälle.

Eine exquisit hysterische Person, deren Psychose durch 13 Monate Internierung erforderte. Patientin wird aber nicht gesund, sondern wechselt nur die Symptome. Wegen körperlicher Störungen läßt sie sich jetzt im Nervenambulatorium weiter behandeln. Das wenig leistungsfähige Individuum gibt eine unmittelbar psychische Ätiologie nicht preis; daß man gerade aus ihren so unbedingt ablehnenden Antworten ein Recht hat, auf Herzenskummer zu diagnostizieren, lehrt der Umgang mit Hysterischen. Überdies ist der religiöse Inhalt ihrer Delirien, die übertriebene Prüderie bei körperlicher Untersuchung ein weiterer Fingerzeig für den Erotismus ihres Wesens, der bei dem Mangel jedes körperlichen Reizes sie wohl zwang, sich als „rein und keusch“ dem Herrn zu empfehlen. Im einzelnen bietet das Zustandsbild ein Mosaik der verschiedensten Elementarstörungen, die sich zu einer hysterischen Psychose zusammenfügen. Eine gewisse Hemmung und Umdämmerung des Bewußtseins, bis zu völligem Nichtwissen sich steigernd, steht indessen immer im Vordergrunde.

Wie zum Delir so führen die Dämmerzustände aber auch zum hysterischen Charakter zurück. Weites Abschweifen ihrer Gedanken, uferlose Phantasietätigkeit, ebenso monotones Zwangsdenken läßt die Hysterischen verträumt erscheinen, was bei Schilderung des Charakters bereits hervorgehoben wurde. Indem die habituelle Zerstreutheit episodenweise sich steigert, indem irgendwelche Innenvorgänge die ganze Aufmerksamkeit der Patienten mit Beschlag belegen, werden daraus Zustände von Wachträumen, von pathologischer Träumerei. Die Kranken starren

ausdruckslos vor sich hin, nehmen nichts von alledem wahr, was um sie herum vorgeht, schrecken erst bei starken Reizen empor; es vergeht aber noch einige Zeit, bevor sie den Rapport mit der Umgebung wieder aufnehmen — sie dämmern weiter oder wehren sich gar gegen das Erwecken, schleppen wenigstens Stimmungsanomalien nach. Erinnerungsbilder, die sinnliche Qualitäten annehmen, zu Halluzinationen werden, andererseits Zukunftswünsche füllen das Bewußtsein aus und diese psychischen Vorgänge üben nachhaltigen Einfluß auf das Gesamtgebaren der Patienten. Eine fließende Reihe vermittelt zwischen den bewußten und gewollten flüchtigen Episoden des Charakters und den hysterischen Dämmerzuständen, die sich andererseits den Delirien immer mehr nähern, je anteilvoller und plastischer die Kranken träumen. So gibt es Hysterische, die auf traumhafter Bewußtseinsstufe ganze Szenen theatralisch aufführen, die Umgebung im Sinne des Delirs in ihre Pantomime einbeziehen. In der Literatur sind Fälle verzeichnet von Patientinnen, die Verlobung mit einem imaginären oder vergebens erwarteten Bräutigam feiern. Eine Kranke Bohns schreibt Briefe an einen ideellen Verlobten, empfängt solche, die sie selbst in seinem Namen an sich geschrieben hat. Hier spaltet sich die Persönlichkeit; neben dem „Ich“ tritt eine Person der Wünsche und Gedanken handelnd auf. Man findet Kinder sowie Erwachsene, welche in einer erträumten Rolle aufgehen, fast delirieren, aber doch jeden Moment leicht zu erwecken und zum normalen „Ich“ zurückzuführen sind, wo der Dämmerzustand einem lebhaften Traume gleicht; andererseits trifft man Fälle, wo diese Traumpsychosen hartnäckig festgehalten werden, das wache Ich sich mit dem träumenden Ich identifiziert. So einen schönen Dämmerzustand beschreibt z. B. Pick:

Ein 18jähriges Mädchen erklärt sich für die Kaiserin Elisabeth von Österreich, schreibt kindische Briefe an den Kaiser, ist durch keinen Widerspruch zu überzeugen. Die Genese des Wahnes wird klar durch das Studium der verträumten Persönlichkeit, die förmlich Traumdelirien im Sinne ihres Wahnes durchlebt; dazwischen wiederholt hysterische Krampfanfälle, welche über den Charakter der Psychose keinen Zweifel lassen.

Der hysterische Dämmerzustand kann mit dem Drange verbunden sein fortzulaufen. Als klassisches Beispiel eines solchen Dämmerzustandes mit delirantem Inhalt sei ein Kasus von Bolteau zitiert.

Patientin verliert aus Schreck über eine angekündigte Operation durch 3 Tage das Bewußtsein, sie irrt in der Umgebung von Paris herum, halluziniert Ärzte mit weißen Röcken und blanken Messern, die hinter ihr herlaufen. Sie erkennt Begegnende nicht, erweckt den Eindruck einer Betrunkenen. Endlich spricht sie einen Sicherheitswachmann um Schutz an. Auf der Wache lärmt und schreit sie, beruhigt sich aber bald. Erwacht klar mit Amnesie für den ganzen Zustand; in der Hypnose vermag sie Details aus der Zeit anzugeben.

Über einen solchen Bewußtseinsinhalt ist in anderen Fällen nichts

zu erfahren. Dieselben gleichen äußerlich jenen Zustandsbildern, die bei Epileptikern, bei Déséquilibrés unter wechselnder Bezeichnung als fugues, Porio- oder Dromomanie, auf gut Deutsch als Wandertrieb bekannt sind.

Insofern es sich um die hysterische Form handelt, findet man in der Vorgeschichte dieser Kranken zum Teil sicher hysterische Züge, sehr häufig Bewußtseinsstörungen, recht charakteristisch solche in Form traumhafter Versunkenheit; anderemale hört man von nächtlichen Angstanfällen in früher Kindheit. Dem Ausbruche der Psychose gehen Auraerscheinungen voraus: Verstimmung, Mißmut, Schweigsamkeit, Kopfschmerzen, schlechter Schlaf. In der Regel werden die Gedanken der Patienten auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, sie bereiten sich wohl gar für die Reise vor; dann aber wird ohne Rücksicht darauf losmarschiert, auf Atmosphärilien nicht geachtet. Die Kranken hungern durch längere Zeit, leben von mitgenommenem Gelde oder betteln um Brot. Nur selten benehmen sie sich ziemlich geordnet; bei Untersuchung ist die Umdämmerung des Bewußtseins nicht zu verkennen oder die Patienten werden direkt aufgegriffen, weil sie in durchnäßten, schmutzigen Kleidern auf Kulturboden herumirren. Diese spezielle Form des Dämmerzustandes, von den Franzosen Automatisme hystérique ambulatoire genannt, hat eine außerordentliche Neigung sich zu wiederholen; die Dauer des einzelnen Anfalles ist verschieden. Näheres sei den Epikrisen der Krankengeschichten entnommen, die hier angereiht werden:

Beobachtung XVI.

Hedwig J., 29 Jahre alt, katholisch, Spenglergehilfensgattin, kommt am 16. November 1902 an die Klinik.

Patientin seit 3 Jahren verheiratet; nie gravid. Menses stets protrahiert (10—12 Tage) regelmäßig, in 3wöchentlichem Intervall. Zur Zeit der Periode bestand etwas Erregung, Mattigkeit; die Kranke sei dabei öfters wie „verwirrt", kenne sich nicht recht aus. Vor 1 Jahre starb ihr Vater, den sie sehr betrauerte. Sie hatte diesen Unglücksfall indessen verwunden; nur äußerte sie in den letzten Wochen öfters, sie wolle am Jahrestage des Todes (15. November) das Grab des Vaters in Mähren besuchen; fiel durch traurige Verstimmung auf. Am 15. November verließ sie frühmorgens das Haus, ohne ein verändertes Benehmen zu zeigen; sie wollte in die Kirche und dann einkaufen. Am

16. November abends wird eine „unbekannte Frauensperson" dem Polizeiarzte vorgeführt. Dieselbe gibt nach langem Fragen an Hedwig zu heißen, verheiratet zu sein; nähere Daten bezüglich des Nationales sind auf keine Weise erhältlich. Wohl aber erzählt sie, daß ihr Vater zu Leopoldi im vorigen Jahre gestorben sei; sie habe sich darüber sehr gekränkt. Gestern sei sie einkaufen gegangen, habe eine Kirche besucht, weiter erinnert sie sich nur, daß sie in der letzten Nacht nicht geschlafen, seit gestern weder gegessen noch getrunken habe.

Bei der Aufnahme an der Klinik etwas erregt, beruhigt sich aber bald. Nachts wenig Schlaf.

17. November. Patientin zeigt während des Examens eine stumpfe ausdruckslose Miene, ist wie schwerbesinnlich, gibt die Antworten zögernd, als ob ihr alles erst nach und nach in Erinnerung käme. Zuweilen legt sie den Finger an die Stirn, nimmt die Miene des angestrengtesten Nachdenkens an, im übrigen begleitet sie jede Silbe mit einer Abwärtsbewegung des gestreckten Zeigefingers der rechten Hand. Das ganze Gebaren sieht so aus, wie wenn die Kranke recht nachdrücklich demonstrieren wollte, daß sie ganz blöde sei; wie wenn das mangelhafte Ausdrucksvermögen durch eine derartige Gestikulation unterstützt oder ersetzt werden müsse. Das kindische Benehmen täuscht übrigens nur kurze Zeit. Bei entsprechendem Nachdruck erhält man einzelne ganz überraschend verständige Antworten auf Urteilsfragen, während die Patientin dem Examen über Personalien noch völlige Verständnislosigkeit entgegenzubringen scheint, ganz einfältig antwortet. Das bessert sich aber rasch. Macht man sie dann aufmerksam, daß sie doch weiß, was sie kurz zuvor nicht zu wissen behauptete, so greift sie sich immer an den Kopf und bemerkt, das sei ihr eben erst eingefallen oder darauf komme sie erst nach und nach. Zusammengefaßt bestätigen ihre passenden und richtigen Antworten die Daten der Anamnese.

Am Todestage ihres Vaters, dessen Liebling sie gewesen, sei sie morgens vom Hause fort, zunächst in die Kirche, dann einkaufen; dann sei sie immer weiter und weiter gegangen, habe nicht gewußt wohin, glaubte, wenn sie so fortgehe, komme sie zum Grabe des Vaters. Wie lange und wo sie herumgeirrt, wisse sie nicht; sie habe sich endlich überhaupt nicht mehr ausgekannt, darum einen Wachmann gefragt und ihn gebeten, er möge sie nach Hause oder zum Grab ihres Vaters bringen; sie habe ihm ihren Namen nicht sagen können; derselbe sei ihr entfallen gewesen. Mit zwei Herren fuhr sie des nachts in einem Wagen hierher; hier habe sie sich erst etwas besonnen; die Wärterin ließ sie das A B C hersagen, bei diesem Anlasse sei ihr ihr Name eingefallen. Sie habe gegenwärtig keine Schmerzen; da (auf den Kopf deutend) fehle ihr noch etwas, sie wisse aber nicht, was es sei; sie fühle sich marode. Die Lücke in ihren Angaben (15.—16. November) vermag Patientin nicht zu ergänzen, sie scheint sich nicht einmal klar darüber, wie lange es seit dem Leopoldstage her sei. Hingegen erhält man über ihr Vorleben erschöpfende Auskünfte. Ehe bis nun kinderlos. Alle Monate, wenn sie die Regel habe, sei ihr sehr schlecht; sie müsse im Bett liegen; es steche sie im Rücken, sie habe Krämpfe im Unterleib, keinerlei Anfälle, sei noch nie in einem Spital gelegen. Die Kranke unterbricht durch die Bemerkung, ihr Mann werde sie schon von hier abholen, reklamiert den Ehering, den man ihr abgenommen habe.

Rechtsseitige Hemianästhesie und Hemianalgesie; linke Mamma druckschmerzhaft. Subjektiv bestehen starke Schmerzen in der Nackengegend. Menses.

18. November. Vormittagsvisite: Das Verhalten der Patientin ist im allgemeinen unverändert; nur zeigt sie sich etwas ängstlich erregt und weinerlich. Sie versichert, wie um sich zu trösten, morgen werde ihr Mann sie abholen, morgen sei Samstag; daran schließt sie die Bemerkung, der Leopoldstag sei am Mittwoch (recte!) gewesen. Auf die Frage, was sie seither gemacht habe: „Ja, das eben geht mir ab!" Sie habe drei Nächte bereits hier verbracht.

Auch dem faradischen Pinsel gegenüber ist die Schmerzempfindung an der rechten Körperhälfte erheblich herabgesetzt. Passive Bewegungen in den Gelenken der rechten oberen und unteren Extremität durch Spasmen etwas

erschwert, werden nicht gefühlt, aktive nur zögernd und unsicher ausgeführt; links prompt. Reflexe beiderseits gleich, nicht gesteigert.

24. November. In den letzten Tagen geordnetes, wenn auch noch etwas dämmerhaftes Verhalten. Die Erinnerungslücke besteht fort. Auf Fragen wiederholt Patientin die obigen Angaben, allerdings mit steter Variation. So erzählt sie heute, sie habe wegen des einjährigen Todestages ihres Vaters geweint; in der Kirche sei ihr schlecht geworden, worauf sie dieselbe verließ. Von den weiteren Vorfällen wisse sie nichts als daß sie weinend herumgegangen und am nächsten Tage von einem Herrn hierher ins Spital gebracht worden sei. Der Einkaufskorb kam ihr auf unbekannte Weise abhanden. Auch für die erste Zeit des Aufenthaltes an der Klinik besteht mangelhafte Erinnerung. Die Kranke erkennt den Zustand als psychotisch an, gerät sehr leicht ins Weinen, insbesondere, wenn sie über den Verlust des Vaters oder über ihre bisherige Kinderlosigkeit spricht.

Die Hemianästhesie und Hemianalgesie ist nach dreimaliger, energischer Faradisation vollkommen zurückgegangen.

26. November. Auch heute macht Patientin noch den Eindruck der Schwerbesinnlichkeit, respektive den eines ziemlichen Schwachsinns. Als der Arzt mit mehreren Herren anspielungsweise von Amnesien spricht, die Erlebnisse in sich schließen, deren Reproduktion den Kranken peinlich sein müßte; daß auch hier eine Nacht in die 36 Stunden der Amnesie falle: erhebt sich Patientin mit lebhaftem Affekt, protestiert in ganz fließender Diktion gegen derartige Zumutungen und verrät, daß sie die möglicherweise ehrenrührige Deutung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung vollkommen verstanden hat.

Abends: Versuch einer Hypnose. Die Kranke ist sehr leicht hypnotisierbar, wird in die Zeit der Amnesie zurückgeführt und produziert Äußerungen vom Standpunkt der Situation am 15. November (Kirche, Einkaufen, Gehen, immer fort gehen etc.), die sie wieder zu durchleben scheint. Ihre Antworten, an die Fragen des Arztes enge anknüpfend, werden in steigendem Angstaffekt gegeben, verraten keine Details, beschränken sich auf ganz allgemeine Eindrücke, z. B. „Immer fort und fort gehen! — Nehmen denn die Gassen kein Ende? — Hier ist es so weit, sind nur Felder. — Die Lichter sind schon angezündet. — Ich muß nach Hause. — Führt mich niemand? . . .“ Die amnestische Lücke des 15.—16. November wird nicht weiter ausgefüllt. Patientin verneint auf direktes Befragen, für die Nacht vom 15. zum 16. jeden Unterstand; an die eben berichteten Äußerungen knüpft sie gleich die Begegnung mit dem Wachmanne, der ihre Aufnahme veranlaßte. Es wird Amnesie suggeriert. Das Erwachen zieht sich etwas hinaus; nachher völliges Wohlbefinden.

29. November. Ruhig, geordnet, psychisch völlig frei; keine Stigmen mehr. Wird unter heutigem geheilt entlassen.

Eine rein psychologische Erkrankung. Patientin ist kinderlos, kränkt sich darüber sehr. Zur Zeit der Menses, die sie an ihre Geschlechtsfunktion erinnern, ist sie sogar leicht „verwirrt“. Mangels der Kinder klammert sie sich an ihren Vater, an welchem sie mit der Zärtlichkeit des Lieblings hängt; jener stirbt, nun naht der Jahrestag seines Todes und trifft mit den Menses zusammen. Sie will auf sein Grab, ihr Bewußtsein schränkt sich auf die Vorstellung ein, daß sie zu Hause unglücklich ist und zu ihren Vater muß. Sonst weiß sie gar nichts, nicht einmal ihren Namen oder ihre Adresse. — Der Fall illustriert die nahen Beziehungen zwischen dem Automatisme ambulatoire und den Dämmerzuständen; es soll damit gerechtfertigt sein, daß

im vorliegenden Buche der hysterische Wandertrieb dieser Unterform der akuten hysterischen Psychosen angegliedert wird. An der Klinik bietet die Kranke nur einen hysterischen Dämmerzustand; sie täuscht einen ganz unglaubwürdigen Blödsinn vor, was so schlecht gelingt, daß sie, in die Enge getrieben, nach und nach das Meiste von dem preisgibt, was sie augenblicks vorher nicht zu wissen erklärt hatte; sie verrät ein ganz ausgezeichnetes Verständnis in jener Szene am 26. November; man hätte selbst einer Patientin von voller Fassungskraft nicht zutrauen können, daß sie eine so verhüllte Anspielung verstehe.

Das Bewußtsein wird auch im folgenden noch von den Triebfedern der Krankheit beherrscht; Patientin kommt immer wieder auf den Leopoldstag zurück, spricht auffallend viel von ihrem Manne. Man hätte möglicherweise eine ganz falsche Vorstellung von diesem Verhältnis gewinnen und glauben können, sie sei darüber unglücklich, von ihrem Gatten fort zu sein und habe denselben außerordentlich lieb. In Wirklichkeit ist der Mann einer der Krankheitsfaktoren. Er füllt ihr Bewußtsein sehr wenig aus, in ihm sieht sie die Ursache der Kinderlosigkeit. — An der Hysterie ist wohl nicht zu zweifeln, wenn es auch nicht gelingt, in der Hypnose, etwas darüber zu erfahren, was Patientin während der Erinnerungslücke getan. Man könnte sie oder eine Andere für fähig halten, sich in einem solchen Zustande zu prostituieren, da sie auf legalem Wege nicht zur Mutterschaft kommt. Die Amnesie würde das dann mit einem wohltätigen Schleier bedecken.

Beobachtung XVII.

Katharina W., 19 Jahre, ledig, katholisch, Magd, wird am 10. November 1902 an die Klinik gebracht.

Eine Schwester, 27 Jahre alt, leidet seit einem Jahre an Schwindelanfällen, bei denen sie manchmal bewußtlos zusammenstürzt, 1/4 Stunde liegen bleibt; niemals Krämpfe. Patientin selbst überstand mit 6 Jahren Keuchhusten, dabei angeblich Konvulsionen, einmal kurzdauernd verwirrtes Reden. Seither sollen anfallsweise auch starke Kopfschmerzen auftreten. Patientin legt sich dabei stets zu Bett, erscheint etwas benommen. Seit dem 9. Lebensjahre beobachtet man zeitweilig, mehrmals im Jahre, an den Oberarmen und Oberschenkeln hämorrhagische Flecken, die ganz von selbst entstehen, nach 4—5 Tagen wieder verschwinden. Menses seit dem 16. Jahre stets unregelmäßig; zu der Zeit war Patientin aufgeregt, jähzornig und leicht verletzlich.

Jetzt erkrankte sie an einer merkwürdigen Bewegungsunruhe, welche durch 4 Wochen andauerte. Am 8. Juni 1901 entwich Patientin, ohne daß man ihr vorher etwas angemerkt hätte, aus dem Hause; sie ging nach B. ins Spital, blieb dort 4 Tage. Im August desselben Jahres entwich sie unmotiviert zum zweiten Male, wurde am nächsten Tage auf der Straße von der Wache aufgegriffen und zurückgebracht. Dann blieb sie gesund bis zum 4. März 1902, an welchem Tage ein hysterischer Anfall auftrat von 4stündiger Dauer mit erhaltener Erinnerung. Bald darauf entwich die Person das drittemal, kam nach einem Tage von selbst zurück, gab nicht an, was sie getrieben habe. Vor der Einbringung durch einige Wochen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, zeitweise choreiforme Zuckungen. Am 8. und 9. November 1902 machte Patientin einen verwirrten Eindruck, blickte zeitweise starr vor sich hin.

Am 10. November stand sie zur gewohnten Zeit auf, war sehr still, verstört. Vormittags begann sie plötzlich das Bettzeug zu zerkleinern, schnitt sich den Zopf ab, drohte Feuer anzumachen, alles zusammenzuschlagen, wenn man

sie nicht fortlasse. Da sie unaufhörlich dringend, in anscheinend verwirrter Weise fortverlangte, wurde sie dem Amtsarzte vorgeführt. Sie gibt dort an, große Angst zu haben, den Drang zum Davonlaufen zu fühlen. An die Klinik gebracht, spricht sie wenig, geht zu Bett, schläft gut. Am

11. November beim Examen zeigt Patientin saloppe Manieren, ist unaufmerksam, ziemlich wortkarg. Sie weiß sich hier in einem Spital, kennt dessen Namen nicht, erklärt keine Wahrnehmungen über die Art ihrer Mitkranken gemacht zu haben. Das Datum wird nach einigem Nachdenken richtig angegeben. Sie klagt über Hinterkopfschmerzen; in ganz affektloser, fast schläfriger Weise berichtet sie, daß ihr Vater sie durch die Rettungsgesellschaft einbringen ließ, weil sie sich die Haare abgeschnitten habe, Einrichtungsstücke anzünden wollte; Motiv: weil es im Zimmer zu kalt war. Sie erzählt spontan, daß sie schon in einem Krankenhause war, damals Zuckungen in Händen und Füßen hatte, der Arzt diagnostizierte hysterische Anfälle. Seither habe sie deren schon über 20 gehabt; dieselben dauern mehrere Tage, hinterlassen vollständige Erinnerungslosigkeit. In diesen Anfällen laufe sie auch davon. Erregtheit und Jähzorn gibt sie zu; wenn sie sich sehr ärgere, zittere sie durch einige Tage. Nach beendetem Schulbesuch war sie nur ein einzigesmal durch 4 Wochen als Dienstmädchen in Stelle, motiviert ihr Nichtstun mit Krankheit. — Unterleib etwas druckempfindlich auch beim Aufheben von Hautfalten, außerdem Druckempfindlichkeit am Scheitel, an den V-Austrittspunkten, an der Wirbelsäule, am Brustkorb; doch ruft auch Druck an allen übrigen Körperteilen unmutige Abwehrbewegungen herbei. Pupillen übermittelweit, stark different.

12. November. Heute im ganzen etwas freier; Patientin wiederholt häufig die Frage, ob es draußen regne; motiviert dieselbe damit, daß man dann nicht hinausgehen könne.

14. November. Sehr streitsüchtig, gerät mit einer gleichgearteten Mitkranken in Konflikt, läßt sich nicht beruhigen; erklärt, wenn sie herauskomme, werde sie ihrer Gegnerin die Zähne einschlagen.

16. November. Wieder beruhigt, hält an den Erinnerungslücken fest. Sie fühle Kopfschmerzen, sei reizbar, ärgere sich, laufe dann fort, ohne sich vorzubereiten, oft auch ohne ausreichende Bekleidung. Auch durch Suggestivfragen ist weiter nichts Tatsächliches zu eruieren. Patientin gibt ihre Krankheit bereitwillig zu, motiviert dieselbe in wechselnder Weise und wird am 18. November 1902 ihren Angehörigen übergeben.

Während die Anfälle an der Klinik ausgesetzt hatten, beginnen sie jetzt wieder; allwöchentlich tritt ein solcher auf, von 3stündiger Dauer mit Bewußtseinsverlust, nachher Amnesie, fortwährende Kopfschmerzen. Patientin arbeitet gar nichts, Schlafsucht bei Tage wechselt mit Schlaflosigkeit bei Nacht. Mitte März 1903 wird das Verhalten angeblich ganz normal; die Anfälle haben aufgehört. Am

19. April 1903 ist Patientin schlaflos, wie verloren und verwirrt. Am 20. April bedroht sie den Vater und die Familienmitglieder mit Erschlagen, beginnt zu schreien und zu toben. Am 21. früh 7 Uhr verläßt sie ihre Wohnung, kommt erst am 22. 6 Uhr abends in sehr aufgeregten Zustande nach Hause, erzählt, sie habe von ihrem Verehrer sechs Ohrfeigen erhalten, auch habe er ihr das Erschlagen in Aussicht gestellt. Patientin wird immer wilder, haut um sich, rauft sich die Haare aus, demoliert die Wohnung, will Brand legen; um 8 Uhr abends Bewußtlosigkeit, Krämpfe. Die Kranke kommt angegurtet an die Klinik, liegt bis zum Morgen steif da.

23. April. Vollkommen geordnet, gibt Auskunft, erinnert sich des früheren Aufenthaltes hier; war heute früh beim Erwachen überrascht, sich am Beobachtungszimmer zu finden. Seit 14 Tagen starke Kopfschmerzen, in den letzten 4 Tagen seien dieselben besonders heftig geworden, so daß sie zu Hause saß und sich nicht beschäftigte; für das weitere besteht vollkommene Erinnerungslosigkeit. Patientin klagt auch gegenwärtig über heftige Cephalaea und Schwindel, läßt die Lider wie schläfrig sinken, ist im Examen wenig aufmerksam und äußerungsunlustig. — Auffallende Gesichtsrötung. Der ganze Schädel ist druckempfindlich, ebenso das Gesichtsskelett, besonders stark die V-Austrittspunkte, auch fast der ganze Rumpf; weniger die Gliedmaßen. Kein Zungenbiß. Menses.

24. April. Druckempfindlichkeit geschwunden.

27. April. Patientin lacht wiederholt krampfhaft auf, ist überhaupt meist guter Dinge, nur für das Examen fast unzugänglich, behauptet nichts zu wissen, sie könne nicht nachdenken, weil sie davon heftige Kopfschmerzen bekomme. Dabei nimmt die sehr bewegliche Person ein außerordentliches Interesse an der Umgebung, steht eine halbe Stunde lang in der Türe, um bei der Aufnahme neuer Ankömmlinge zuzuhören; sie unterhält sich lebhaft mit ihren Gesinnungsgenossinnen, tollt herum oder liegt in Halbschlaf zu Bett. Unvermittelt ist sie reizbar, beklagt sich, wenn eine unruhigere Kranke in die Nähe gerät, wirft mit übertriebenen Ausdrücken herum: sie könnte alles zerreißen, sei wild wie ein Tiger und dergleichen.

3. Mai. Bei dem Versuche eines Examens, das auf die Proteste der Kranken keine Rücksicht nimmt, ist zu erheben, daß sie ein Liebesverhältnis hat; sie gibt aber sonst über affektive Erregung, namentlich in früher Jugend absolut nichts preis. Sie erklärt, nicht zu wissen, was Hypnose sei. Als der Arzt sie ruhig anblickt und ihr die Schlafsuggestion erteilt, springt sie mit affektierter Lebhaftigkeit auf und schreit: „Ich will nicht schlafen." Über Zuspruch ist sie zwar sofort zu beruhigen; doch springt sie nochmals auf, erklärt sie bekomme Schwindel. Sie taumelt zum Tisch wie betrunken, vermag sich kaum an denselben zu klammern. Plötzlich setzt sie sich wieder geordnet nieder.

In die Irrenanstalt übersetzt. — Gerade während der Drucklegung dieser Arbeit kommt die Kranke neuerlich am Beobachtungszimmer zur Aufnahme.

Die Diagnose wird hier dadurch erleichtert, daß die Fugues mit hysterischen Krampfanfällen abwechseln, sowie durch das exquisit hysterische Gebaren der Patientin; die Leidseligkeit, die sie im Spital so betont, die „furchtbaren" Kopfschmerzen, auf die sie sich beruft, um dem Arzte jede Auskunft verweigern zu können; gleich darauf bricht sie wieder in einen Lachkrampf aus. Von Zeit zu Zeit treten pathologische Affekte auf, Geistesstörungen im unmittelbaren Anschluß an Anfälle, wo bei umdämmertem Bewußtsein die höchsten Grade von Aufregung sich einstellen. Der Drang zum Fortlaufen schließt nicht immer an Anfälle an: er wird psychologisch nicht näher motiviert, vielleicht, daß ihr die strenge Behandlung zu Hause unbequem war. Der gewisse Zusammenhang, mit den Menses deutet wohl auf eine gesteigerte geschlechtliche Erregbarkeit; sexuelle Beziehungen werden nicht geleugnet. Schließlich sieht man Bilder, die zwischen Delir, Dämmerzustand und hysterischem Affekt die Mitte halten, im ganzen also einen außerordentlich komplizierten Fall.

Beobachtung XVIII.

Maximilian K., 22 Jahre alt, katholisch, ledig, ehemaliger Postbeamter

Die viel später erhobene Anamnese ergibt folgendes: 4 Geschwister des Kranken starben in frühester Kindheit, außerdem abortierte die Mutter 2mal. Patient, ein Siebenmonatkind, war stets schwächlich, überstand verschiedene Kinderkrankheiten, im 6. Jahre eine schwere Scharlachdiphtherie mit lange nachdauernden Seh- und Hörstörungen, die ihn schwer herunterbrachte. Er soll gut gelernt haben; doch war er eigentümlich unbeständig; bald arbeitete er Tag und Nacht hindurch, dann mußte er wieder mit aller Strenge zum Lernen angehalten werden. Aus der 5. Realklasse trat er freiwillig aus, da er behauptete, eine Stellung in Aussicht zu haben. Er war 5 Wochen in Paris, um französisch zu lernen, absolvierte einen Staatsverrechnungskurs und trat endlich bei der Post als Praktikant ein. Im September 1900 wurde er angeschuldigt, ein Postpaket gestohlen zu haben; nach sechswöchentlicher Untersuchung wurde er zwar freigesprochen, aber auch entlassen. Seit dieser Zeit erschien der Kranke in seinem Wesen ganz verändert; er log die Eltern immer an, behauptete fortwährend, daß er Anstellungen bekomme, blieb vom Hause fort, schloß sich einer Gesellschaft von Dieben an, stahl Winterröcke und wurde im Jänner 1902 wegen dieses Deliktes mit 5 Monaten Kerkers bestraft. Dann irrte er wieder arbeitslos umher, benutzte aber das Elternhaus als Absteigquartier. Er stahl und versetzte, was ihm unter die Hand kam, war scheu, unfreundlich gegen seine Angehörigen, trank und rauchte viel, was er früher nie getan hatte. Im Oktober 1902 sagte er seinem Vater, daß er durch einen Freund einen Posten in Leipzig erhalten habe; der Vater gab ihm Geld für die Reise. Am 20. Oktober 1902 reiste er ab und ließ nichts mehr von sich hören.

Patient ist übrigens wiederholt aus dem Elternhause durchgebrannt. Das erste Mal am 22. Juni 1891, also im Alter von 11 Jahren; Vater holte ihn am 13. Juli von Eger ab. Das zweite Mal am 20. Oktober 1891 nach Wiener-Neustadt; schon am 28. Oktober kehrte er freiwillig zurück. Das dritte Mal am 10. Februar 1896; er kam am 17. Februar retour. Das vierte und fünfte Mal am 6. November 1901 und am 3. Dezember 1901. Nur einmal hatte er sich mit Geld versorgt gehabt. Motive waren keine zu eruieren. Er sprach nicht darüber.

Am 30. November 1902 gegen $^1/_2$8 Uhr abends tauchte der Kranke in Breitenfurth (im Wiener Walde) auf, aß in einem Gasthause 1 Portion Gulyas, trank 2 halbe Liter Bier und $^1/_4$ Liter Wein, entfernte sich gegen $^1/_2$10 Uhr unter Zurücklassung von Hut und Havelock, ohne die Zeche zu begleichen. Um $^1/_2$11 Uhr trat er ohne Hut und Überrock aber mit einer Schnurrbartbinde angetan in Laab am Walde in die Gendarmeriekaserne. Er gibt an John Garrick zu heißen, in London City 1870 geboren, dorthin zuständig und von Beruf Schauspieler zu sein. Seit 10 Jahren wandere er in der Welt herum und sei auf verschiedenen Bühnen des In- und Auslandes in Schillerschen und Goetheschen Stücken aufgetreten. Zuletzt hätte er in einem großen Hause in Linz gewohnt. Vater, Bruder und Schwester leben noch. Über deren Aufenthaltsort befragt, gibt er nur zur Antwort: „Ja, ja.“ Auch sonst ist absolut nichts zu erfahren, was zur Eruierung seiner Identität dienen könnte. Er sagt immer nur: „Das weiß ich nicht oder, ja vor längerer Zeit.“ — Während der eingeleiteten Recherchen wird Patient unter Bewachung gehalten. Er ist gegen jedermann sehr höflich, artig, ruhig, beschäftigt sich mit Lesen; nur abends wenn es dunkel wird, beginnt er zu

deklamieren. Ohne daß über seine Persönlichkeit irgend etwas ermittelt worden wäre, kommt er am

9. Dezember 1902 an die Klinik. Er ist ruhig, schläft des Nachts. Beim Examen am

10. Dezember macht der Kranke in ganz geordneter aber auffallend teilnahmsloser Weise folgende Angaben: Er sei hier auf einer Beobachtungsabteilung im IX. Bezirke Wiens. Jetzige Jahreszahl sei 1912. Sein Vater heiße Sebastian K., wohne S . . . gasse 24, 2, sei Amtsdiener im . . . Ministerium (richtig!) Er selbst sei 1880 in London geboren, also jetzt 32 Jahre alt (!). Sein Vater war nie in London, seine Mutter auch nicht. Die Frage, wie er dann dort geboren sein könne, läßt Patient unbeantwortet. Da er keine Freude am Studium hatte, brach er dasselbe ab und ging nach Paris. 18 Jahre alt, kehrte er nach Wien zurück, war längere Zeit beschäftigungslos, bis er endlich Praktikant bei der Post wurde.

Vor 10 Jahren (im Jahre 1902) ging er ohne Wissen und Willen seiner Eltern vom Hause weg, da er unbedingt Schauspieler werden wollte. Seit damals heiße er nicht mehr K., sondern John Garrick; doch sei das nicht sein Künstler-, sondern sein wirklicher Name, den er ein Recht habe zu führen. Diese 10 Jahre wisse er auch nichts mehr von seiner Familie. Er sei Autodidakt, wandere zu Fuß durch die Welt: London, Paris, Berlin, Dresden, Leipzig. Er spielte Heldenrollen in klassischen Stücken (Schiller, Goethe, Shakespeare), nicht um Geld, meistens zu wohltätigen Zwecken. Zu seinem Lebensunterhalte brauchte er nichts, da er als Künstler immer bei vermögenden Gönnern zu Gaste war. Über Befragen bestätigt er, daß er auch im Wiener Hofburgtheater auftrat (Wallenstein, Götz) unter der Direktion Burkhardt. Im Deutschen Volkstheater spielte er gleichfalls (Graf Wetter v. d. Strahl). Patient erzählt, daß er stets mit großem Erfolge gastiert, seine Rollen leicht gelernt, aber auch rasch vergessen habe. Er zitiert auf Verlangen einige der bekanntesten Verse aus Faust. Seit zirka einem Jahre werde er in Laab im Arreste gehalten aus unbekanntem Grunde; er sei daselbst eines Morgens erwacht, ohne zu wissen, wie er dahingekommen. — Kriminalität, Anfälle, Lues werden negiert, Potus nur in mäßigen Grenzen zugegeben.

Fliehende Stirne; Hinterhauptsstufe. Druckempfindlichkeit beider Nn. supraorbitales. Submammilläre Druckpunkte beiderseits. Deutliche Empfindlichkeit rechts im Hypochondrium. Über Hautsensibilität sehr wechselnde, unverläßliche Angaben: Nadelstiche werden links etwas schmerzhafter empfunden.

Nachmittags in der Vorlesung vorgestellt, hält Patient den schreiendsten Widersprüchen zum Trotz sein System aufrecht und gestaltet es über Suggestivfragen immer ungeheuerlicher, dabei doch streng und folgerichtig aus. Er sei durch die ganze Welt gekommen, spielte in Indien, Persien, China, Tunis; die dortigen Landessprachen könne er zwar nicht, aber es gäbe überall deutsche Theater. Einwände bringen den Kranken nicht aus seinem Gleichmut. Er spricht ganz fließend.

13. Dezember. Patient teilt mit, daß er als neunjähriges Kind vom Hause weggelaufen, bis Bodenbach gefahren sei und von dort eine Fußtour nach Eger gemacht habe. Erst nach einem Monate kehrte er zurück. Ein andermal sei er nach Graz gegangen.

15. Dezember. Korrigiert heute vollständig, erzählt, daß ihm gestern eine Zeitung in die Hand fiel mit dem Datum 14. Dezember 1902; er fand darin Artikel über Ereignisse, von denen er vor kurzem hörte; er dachte nach und kam so dazu, seine Wahnideen richtigzustellen. Er gibt

prompt seine ganze Vorgeschichte an, verschweigt dabei freilich alles Kriminelle. Ende Oktober 1902 fuhr er mit Bewilligung seiner Eltern nach Leipzig. blieb dort einige Tage; anfangs November reiste er nach Dresden; von diesem Moment ab fehlt die Erinnerung. Patient weiß nur, daß er in Laab längere Zeit im Arrest war, von dort der Klinik übergeben wurde. Er kennt alle Details der letzten Tage, weiß, daß er in der Vorlesung vorgestellt wurde. zeigt das Bett, auf dem er nach der Ankunft gelegen; er beschreibt die Ärzte, die sich mit ihm beschäftigt haben, bestätigt, daß er früher tatsächlich Schauspieler werden wollte und während seines Realschulstudiums viel aus klassischen Stücken lernte.

Im folgenden ein etwas schläfriges Wesen; den Ärzten gegenüber mürrisch, abweisend. Sonst liegt er stundenlang behaglich auf das Bett gestreckt und raucht seine Pfeife, schreibt den Eltern einen rührenden Brief: „Wenn Ihr liebe Eltern noch lebt, was ich zu Gott hoffe, so kommt mich besuchen. so bald es Euch möglich ist, denn man hat mich hier eingesperrt und hält mich hier gefangen ohne jeden Grund .„. . Ich bin gesund, aber hier gefällt es mir gar nicht.“ Dann folgen Wünsche um Tabak und besseres Essen; der Brief schließt: „Euer unglücklicher Sohn John Garrick Maximilian K . . . “

Der Kranke leugnet mit Konsequenz alles, was ihm persönlich unangenehm sein kann, rühmt sich verschiedener Kenntnisse, die er gar nicht besitzt. Über seine Innenvorgänge recht verschlossen, bei längerem Examen ungeduldig, so daß eine nähere Genese seiner Psychose nicht zu erfahren ist.

Patient führt so ein vegetatives Dasein bis zu der am 5. Februar 1903 erfolgten Entlassung.

Ein charakterologisches abnormes, dabei ethisch minderwertiges Individuum mit verbrecherischen Anlagen. Über die früheren Wanderungen desselben wäre das Urteil nicht so leicht, wie gerade diesmal, wo die hysterische Natur des ganzen durch die darauffolgende Geistesstörung wohl genügend klargestellt wird. Es kommt hier, so wie die Situation für ihn unhaltbar geworden ist, zu einem Krankheitsbild, das anderen Beobachtungen vollkommen analog, eine Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins bringt im Sinne einer knabenhaften Traumidee; ein kindischer Wunsch verwirklicht sich, allerdings nur im Rahmen der Krankheit.

Dieser Fall zeichnet sich durch einen Grad von Logik aus, wie sie nur einer vollbewußten Hirntätigkeit, also z. B. bei einem Simulanten möglich scheint. Daß Patient ganz konsequent alle Jahreszahlen und Daten seinem fingiertem Alter entsprechend umrechnet, daß er durch keinen Einwand aus der Fassung zu bringen ist, immer eine Antwort weiß, die kaum zu widerlegen ist; seine Klarheit und dabei das starre Festhalten an den unsinnigen Lügen und Übertreibungen, die er mit ernstem Gesichte vorbringt: das alles macht einen geradezu verblüffenden Eindruck. Glücklicherweise ist unmittelbar vor diesem Dämmerzustand kein Verbrechen zu verzeichnen, sonst wäre die Differentialdiagnose gegen Simulation tatsächlich schwer. In späterer Zeit ist einer eben eingelangten mündlichen Mitteilung zufolge der Patient allerdings wieder kriminell geworden. Seine systematischen Amnesien, welche die Abstrafungen betreffen, können ebensogut als Lügen genommen werden. Unzweifelhaft recht hat er mit der Behauptung, daß die Korrektur dem eigenen Nachdenken entspringt, die Anknüpfung die er vorgibt, ist hingegen ganz willkürlich. Daß der Patient es sich möglichst bequem einrichtet, daß er einen rührenden Brief an seine Eltern schreibt, um dieselben nur ja von seiner

Krankheit zu überzeugen, daß er dabei gleichzeitig allerlei kleine Wünsche äußert, die die Behaglichkeit seines Nichtstun verschönern sollen, sei nur nebenbei bemerkt.

Der Erinnerungsdefekt ist in allen diesen Fällen außerordentlich hartnäckig, auch durch Hypnose nicht aufzuhellen. Wenn ein solcher Erfolg die Diagnose Hysterie auf das Glänzendste rechtfertigt, so muß andererseits doch zugegeben werden, daß das Mißlingen des Examens im hypnotischen Schlafe die Diagnose Hysterie nicht widerlegt. Man würde viele Patienten wohl auch im Wachzustande zum Sprechen bringen können, doch erfordert das eine noch eingehendere Beschäftigung mit den Kranken, ein näheres Studium ihrer intimen Persönlichkeit, als das bei den oben wiedergegebenen Fällen, zum Teile aus äußeren Gründen möglich war.

d) Andere Formen der akuten hysterischen Psychosen.

Wie schon bemerkt, ist es wohl nicht angezeigt, bei den akuten hysterischen Geistesstörungen eine Unzahl von Formen zu unterscheiden. Viele derselben wollen indes weder unter die Bezeichnung Delir, noch unter den Terminus Dämmerzustand passen, weil sich Züge in den Vordergrund schieben, die besser anderen Typen der Psychiatrie entsprechen. Unter den Störungen, welche hysterischen Anfällen vorausgehen, ebenso unter denen, welche unmittelbar an den Anfall schließen, trifft man Symptomenbilder, welche am ehesten manisch, melancholisch, stuporös genannt werden können. Sowohl manische, melancholische als auch stuporöse Zustände mit dem Attribut hysterisch sind in der Literatur verzeichnet. Es werden dies Geistesstörungen sein, welche bei Hysterischen, von Anfällen losgelöst auftreten und ihre Wesensgleichheit mit den paroxysmellen Psychosen durch die identischen Grundzüge ihres Verlaufes deutlich genug zu erkennen geben, während sie sich von den analogen funktionellen, nichthysterischen Psychosen nach Entstehung und Aufbau unterscheiden. Doch sind auch in der äußeren Erscheinungsform gewisse Differenzen für den aufmerksamen Beobachter unverkennbar. Manche Autoren heben hervor, daß es sich bei Hysterie nur um schwache Nachahmungen der betreffenden nichtneurotischen Krankheitsbilder handle; die charakteristischen Züge seien verschwommen, die Grundstimmung werde nur oberflächlich festgehalten, das ganze Bild getrübt durch fremde, zum Teile widersprechende Elemente. Man trifft Symptomkombinationen von einer Eigenart, daß man gar kein Analogon unter den akuten Psychosen mehr finden kann.

So ein atypisches Bild ist z. B.

Beobachtung XIX.

Marie B., geboren 1880, katholisch, ledig, kommt am 16. Oktober 1902 an die Klinik.

Ihr Vater ist ein jähzorniger Mensch, Potator, die Mutter willensschwach. Mit 13 Jahren Schädeltrauma. Die jetzige Erkrankung begann 1900 mit Heiserkeit, dann folgten häufige hysterische Anfälle (Arc de cercle, mehrstündige Klonismen mit Bewußtseinsverlust.) Auf Brommedikation hörten dieselben auf. Seit Juni 1902 Verfolgungsideen: die Nachbarsleute reden Schlechtes über sie, die Leute merken ihr an, daß sie krank sei etc. Sie las alles Mögliche aus der Zeitung heraus, daß man sie umbringen, aufhängen wolle. So oft an der Türe geläutet wurde, äußerte sie lebhafte Angst; sie war sehr mißtrauisch, glaubte, die Speisen seien vergiftet; später modifizierte sie diese Idee: Sie selbst vergifte die Speisen dadurch, daß sie dieselben anrühre. Am 11. Oktober „Tobsuchtsanfall“. Die Kranke sah einen weißen Mann zur Türe hereinschauen, halluzinierte Reden der Mutter; dann riß sie einen Handtuchrechen aus der Wand, zerschlug eine Aschentasse. Läßt sich freiwillig in die Klinik aufnehmen.

Hier ist Patientin vollkommen klar, orientiert. Sie erzählt, daß sie Kopfschmerzen hatte; plötzlich schlug sie alles zusammen. Ein unmittelbarer Anlaß zu diesem Aufregungszustande kann nicht eruiert werden. Die Kranke ist überhaupt zurückhaltend; gibt nur an, daß sie früher immer heiter war, während sie jetzt zu depressiven Verstimmungen neige; eben während des Examens beginnt Patientin zu weinen. An der Realität ihrer Sinnestäuschungen hält sie fest. Das Essen war bitter, die Mutter hatte die Absicht, sie zu vergiften, man wolle sie zu Hause nicht. Über Zuspruch konzediert sie freilich selbst die Unwahrscheinlichkeit dieser Meinung. Sensibilitätsdifferenz zwischen rechts und links.

Im folgenden fühlt die Kranke sich ganz wohl. Sie liegt ruhig zu Bett oder beschäftigt sich mit Handarbeit, zeigt freie Miene; bezüglich einer psychischen Ätiologie ihrer Erkrankung gibt sie nur Liebeskummer zu. Da sie keinerlei Symptome mehr bietet, wird sie zur Entlassung bestimmt. Als am

18. Oktober die Mutter erscheint, sie abzuholen, versteckt Patientin sich unter der Decke, äußert lebhafte Angst, ihre Mutter werde sterben, sie habe das in der Zeitung gelesen. Die Entlassung muß rückgängig gemacht werden.

Eingehendes Examen: Die Kranke erinnert sich, daß sie als Kind überfahren wurde; das eine Rad drückte sie an der Hüfte; ob sie damals erschrocken, weiß sie nicht. Als sie 3—4 Jahre alt war, kam einmal ein schwarzer Mann, der wie ein Kaminfeger aussah; derselbe verschwand wieder. Auch ganz kleine schwarze Männer sah sie ins Zimmer treten und wieder weggehen, am hellen Tage, bei vollem Bewußtsein. Durch dringliches Zureden ist Patientin von der Krankhaftigkeit dieser Erscheinungen (Halluzinationen?) zu überzeugen. Als sie in der dritten Volksschulklasse war, wurde einmal ein Krampus in die Wohnung gelassen, über den sie heftig erschrak, seither datiere ihre Schreckhaftigkeit. Mit 14 Jahren verliebte sie sich in einen Freund ihres Bruders; sie sagte das der Mutter, diese dem Vater; derselbe schimpfte sie zusammen. Der junge Mann, der davon erfuhr, mied fortan das Haus. Zwei Jahre später machte ihr ein anderer den Hof und eine Liebeserklärung; sie aber wies ihn zurück, da ihr Herz noch immer dem ersten Freunde gehöre. Durch eine Tratscherei erfuhr jener von ihrer stillen Neigung und machte sich über die „dumme Gans“ lustig. Als dies der Patientin zu Ohren kam, weinte sie viel, kränkte sich furchtbar. Nach einiger Zeit lernte sie einen dritten jungen Mann kennen, der ihr zu Gesicht stand. Wieder offenbarte sie sich ihren Eltern, die Auskünfte über den Bewerber lauteten aber schlecht, der Vater schimpfte und prügelte sie. Der Jüngling wollte indessen nicht mehr von ihr

lassen, er verfolgte und bedrohte sie: einmal mußte er über Intervention eines Herrn sogar arretiert werden. Seither fürchte sich Patientin allein über die Gasse zu gehen.

Ihre jetzige Krankheit wurde durch Eifersüchteleien eingeleitet, wie Patientin nur zögernd zugesteht. Man brachte sie fälschlich mit einem Gesellen in Kombination, worüber sie sich furchtbar ärgerte; man sandte beleidigende Ansichtskarten mit ihrer (gefälschten) Unterschrift an die Arbeitgeberin. Auch zu Hause gab es Szenen; eine Schwägerin eiferte mit ihr und auf so einen Verdruß hin wurde Patientin heiser. Wenn eine psychologische Motivierung versucht werden soll, möchte man sagen, Patientin konnte nichts erwidern oder sie zog es vor zu verstummen — sie verlor die laute Sprache. Am Sylvesterabende fühlte sie sich krank, blieb im Bette. Die große Gesellschaft im Hause machte einen furchtbaren Lärm. Es wurde ihr so schlecht, daß sie gar nicht denken konnte; sie klopfte darum an die Wand und als die Leute aus dem Nebenraume herbeieilten, trat der erste konvulsive Anfall auf — vielleicht krankhafter Ausdruck des Ärgers, daß man sich um sie gar nicht kümmerte; nun zwang sie die Rücksichtslosen Rücksicht zu üben. Durch drei Wochen hatte sie nun fortwährend Anfälle; so oft jemand ins Zimmer kam, riß es sie am ganzen Körper; sie konnte sich aber durch eine Willensanstrengung ruhig halten. Auf Brommedikation hörten die Anfälle langsam auf.

Im Juni 1902 fiel ihr ein Bügeleisen von $^1/_2 m$ Höhe auf den Kopf, ohne daß sie im mindesten Schaden litt. Ihre jetzige Krankheit bezieht sie auf ein Gefrorenes; dabei scheint eine gastrische Störung vermittelt zu haben. Sie aß nichts, weil sie einen bitteren Geschmack im Munde hatte und das Essen vergiftet glaubte. Trotzdem sie sich nicht ganz richtig, wie verwirrt im Kopfe fühlte, wurde eine Wallfahrt nach Mariazell angetreten. Dieselbe lief gut ab — Patientin war immer sehr fromm gewesen — aber auf der Rückfahrt wurde ihr wieder schlecht, sie sprach irre, wollte immer davonlaufen, ohne zu wissen wohin, bekam heftige Kopfschmerzen. In diesen Tagen sah sie den weißen Mann (lebendig gewordenes Erinnerungsbild ihres Bruders, der einmal mit Bandagen umwickelt ins Haus gebracht worden). Sie hörte die Mutter in der Küche sagen: „Bleib heraußen“, was jene später ableugnete. Als man sie wieder einmal am Fortgehen hindern wollte, riß sie einen bei der Tür befindlichen Rechen heraus. Auch das geht auf eine Erinnerung zurück. Als Kind hat sie einmal einen Tobsüchtigen gesehen, was ihr damals einen sehr lebhaften Eindruck machte. Sonst ist über Innenvorgänge nichts zu erfahren, doch scheint noch etwas hinter der außerordentlichen Empfindsamkeit zu stecken; Patientin gesteht, zu Hause öfters geweint zu haben und bietet auch an der Klinik gelegentlich depressive Stimmung.

21. Oktober. Neigung zum Erröten sehr auffallend. Heute wird noch eine Wahnidee geäußert. Die Kranke glaubt, sie werde umgebracht; motiviert das damit, daß sie in einem Buche über Maria Kulm gelesen habe, viele junge Mädchen seien umgebracht worden. — Patientin gibt rückhaltlos zu, daß sie an ihren ersten und einzigen Geliebten noch immer viel denke, daß sie während ihrer Krankheit stets an ihn dachte. Hier setzt nun das Traitement moral ein, das sehr wirksam scheint, denn im weiteren ist Patientin frei von psychischen Störungen, bietet eine gleichmäßige, nicht mehr deprimierte Stimmung, erklärt, mit der Vergangenheit abgeschlossen zu haben. Da sie jetzt selbst den Wunsch nach Entlassung äußert, wird sie am heutigen Tage und mit Erfolg ihrer Mutter übergeben.

Ein Fall von Hysterie mit vielgestaltigen psychischen Äußerungen. Schon als kleines Kind will die Patientin halluziniert haben; sie war immer sehr schreckhaft, emotiv. Peinliche Affekte und Liebeskummer, der durch verschiedenerlei Umstände neu aufgewühlt wurde, bedingen das Einsetzen von Beziehungs- und Verfolgungsideen, die systemlos variirt werden; eine einzelne Gesichtstäuschung, innere Erregung, vorwiegend depressive Verstimmung komplizieren den Zustand, für welchen wohl Krankheitsgefühl, nicht aber Krankheitseinsicht besteht. Jedem Zuspruch zu Trotze korrigiert Patientin nicht.

Bemerkenswert ist, daß auch hier die Sinnestäuschungen alle nur lebendig gewordene Erinnerungen darstellen von Ereignissen, welche die Kranke seinerzeit einmal sehr impressioniert hatten. Überhaupt, je mehr man sich mit einem Falle von Hysterie abgibt, um so mehr ist man in der Lage, alles aus der Person heraus zu erklären; nur kostet das viel Zeit; es bedarf oft stundenlanger Mühe, bevor man von einer Patientin, z. B. über die Ursache von Gemütsbewegungen, etwas erfährt. Man könnte glauben, daß manche Erinnerung peinlich empfunden und darum gerne vermieden wird. Manchmal empfängt man auch nur den Eindruck, als ob die Kranke sich bloß interessant machen, den Wert des Preisgegebenen durch Zurückhaltung erhöhen wolle, eine Art Spiel, Koketterie mit dem Arzte treibe. Natürlich muß dann erst noch die Probe auf die Richtigkeit des Geständnisses gemacht werden. Gewisse Gedankengänge wiederholen sich allerdings immer wieder; man glaubt die Hysterischen einmal zu kennen, damit das Recht auf Analogieschlüsse zu haben. Auch hier sind Antworten vorausgenommen, weniger auf die Bestätigung oder Verneinung, vielmehr auf die affektive Reaktion Gewicht gelegt. Die Patientin kann nein sagen, aber in einer Weise, welche die gegenteilige Vermutung bestätigt und umgekehrt. Oft ist ein ganz stummes Examen schon lehrreich, anderemale werden viele Worte gesprochen, Erfindungen und Lügen nur vorgebracht, um einem peinlichen Thema auszuweichen.

Bei dem in Rede stehenden Kasus mußte man den bestimmten Eindruck empfangen, daß Mutter und Tochter sich sehr schlecht vertrugen. Die Tochter hatte allen Grund, der Mutter zu grollen. Sie war im Elternhause erkrankt; an der Klinik fühlt sie sich ganz wohl, vereitelt ihre erste Entlassung, indem sie in deutlicher Beziehung zu der Ankunft der Mutter neuerlich mit psychischen Störungen einsetzt, die sie bei ihrer Klarheit und dem ärztlichen Zuspruch als krankhaft anerkennen mußte. Auch sie wollte noch krank sein bis es gelang, sie durch vernünftigen Zuspruch mit den Tatsachen auszusöhnen.

Weitaus größere diagnostische Schwierigkeiten ergeben sich aber, wenn die Hysterie, wie es auch vorkommt, genauer an den Typus einer akuten, funktionellen Psychose sich hält.

Es wäre wärmstens zu befürworten, die Worte: hysterische Manie und hysterische Melancholie zu vermeiden — Stupor ist ja nur die Bezeichnung für ein Symptom — da sonst die psychiatrische Nomenklatur noch mehr sich verwirrt. Höchstens dürfte man von einer akuten hysterischen Geistesstörung manischer, melancholischer Form sprechen.

Erstere wird beschrieben als lebhaft psychomotorische Erregung; die Kranken schwätzen, singen, lachen, schreien, ohne ideenflüchtig zu sein, doch meist zusammenhangslos; sie gestikulieren, zerreißen ihre

Kleider, werfen alles über den Haufen, beschimpfen die Wärterinnen, spucken, greifen die Umgebung an, alles ohne Einsicht, wie wenn sie durch einen unwiderstehlichen Zwang getrieben würden: ein im höchsten Grade flegelhaftes Benehmen ohne das Geschick und die Erfindungsgabe der Manischen. Bezeichnend ist es, wenn solche Patientinnen selbst um die Zwangsjacke bitten und dann erst zu toben anfangen. Sie beruhigen sich plötzlich, um nach einem geringfügigen äußeren Anlasse von neuem loszubrechen. Erotische und religiöse Wahnideen können geäußert werden. Doch wäre zu fordern, daß Sinnestäuschungen vollkommen fehlen, sonst liegt ein hysterisches Delir vor, gegen welches in vielen Fällen eine Abgrenzung nicht möglich ist. Übrigens wird auch bei nicht hysterischen Erregungszuständen die Grenze zwischen Manie und Amentia von den einzelnen Beobachtern verschieden gezogen.

Diese manische Form soll bei schon lange bestehender Hysterie, namentlich bei Frauen, nach schweren seelischen Erschütterungen auftreten, manchmal zur Zeit der Menses rezidivieren, sich mit konvulsiven Zuständen mischen. Doch kommt sie auch bei Männern, und gerne bei Kindern vor. Der Zustand dauert in der Regel kurz, hinterläßt meist Amnesie, was bei der Diagnose wesentlich hilft. Der Beweis, daß es um Hysterie sich handelt, kann natürlich nur im einzelnen konkreten Falle erbracht werden. Nachdem unter den eigenen Beobachtungen keine einzige den Typus dieser Varietät genügend deutlich zu repräsentieren scheint, sei ein Kasus Moravcsiks kurz wiedergegeben:

Ein hysterisches Mädchen verliert seinen Vater durch den Tod. Sie weint viel am Friedhof während der Trauerrede. Auf einmal läuft sie zum Sarg, schlägt unter lautem Schluchzen mit der Faust dreimal auf den Deckel, fängt an zu lachen, zu singen, zu schreien, bietet das Bild einer ausgesprochenen Manie. Sie plaudert in einem fort, stets lächelnd, läuft aus einem Zimmer ins andere, verspottet die erschrockene Umgebung und die herbeigeeilten Ärzte mit den trivialsten Worten, persifliert ihren geistigen und körperlichen Zustand in der rücksichtslosesten Weise; sie macht frivole, schamlose Bemerkungen, verkennt Personen; nachts ist sie ruhiger, am nächsten Tage klar. — Auf den psychischen Chock hin erfolgt hier eine Umkehrung des Affektes.

Melancholische Zustände scheinen nicht gar so selten zu sein, entsprechend der unzufriedenen depressiven Grundstimmung des hysterischen Charakters. Im unmittelbaren Anschluß an eine schwere Gemütserschütterung kann statt der physiologischen Traurigkeit normaler Menschen bei Hysterischen durch pathologische Andauer und Übertreibung des Ausdruckes eine Geistesstörung vom Gepräge der Melancholie entstehen. Doch gibt es gewisse Unterschiede. Die Leidseligkeit des Melancholikers erfährt bei der Hysterica gern eine solche Steigerung, daß man fast den Eindruck empfängt, es mache den Kranken geradezu ein Vergnügen, ihre Symptome zu produzieren. Vorwiegend sind es überhaupt subjektive Be-

schwerden, körperliche Leiden, krankhafte Empfindungen, Unzufriedenheit mit einem wirklich grausamen Schicksal, die hinter den Lamentationen stecken. Diese verraten auch deutlich genug eine gesteigerte Liebe zum „Ich“, sowie Angst um das eigene Wohl, vor Krankheit und Tod, womit der zur Schau getragene Lebensüberdruß seltsam kontrastiert. Die Patientinnen sind geräuschvoll, ungemein wortreich, dabei ungewöhnlich abhängig von der Umgebung, indem es gelingt, den scheinbar tiefsitzenden Affekt durch Ablenkung, Zerstreuung, Amüsement in den Hintergrund zu drängen.

An erster Stelle sei über einen Fall berichtet, der einer anderen sozialen Sphäre angehörig, nicht an die Klinik kam.

Beobachtung XX.

Frau N. N., von Jugend auf außergewöhnlich lebhaft, regsam, lernbegierig, von einem umfassenden und gründlichen Wissen, andererseits künstlerisch reich begabt, führt ihren hysterischen Charakter auf einen Schreck zurück, den sie im 16. Lebensjahre erlitt. Sie hatte sich ohne Wissen der Eltern zu Professor v. Sch. begeben, um diesen wegen eines kleinen Leidens zu konsultieren. Unvermittelt wurde die junge Dame durch die Mitteilung überrascht, daß sie herzkrank sei. Noch jetzt — es sind seither mehr als 16 Jahre verflossen, ohne daß irgendwelche Störungen von seiten des Herzens vorliegen würden — gerät Patientin bei Reproduktion dieser Szene in lebhaften Affekt, der sich bis zu Tränenausbrüchen steigern kann; es war ihr damals, „wie wenn die Sonne plötzlich unterginge“, sie weiß gar nicht, wie sie nach Hause kam. Immer und immer wieder bricht die Befürchtung eines Herzleidens durch und ist auf keine Weise dauernd zu beseitigen. Die Frau hat das aber bis zum heutigen Tage ihrer Familie gegenüber als Geheimnis bewahrt.

Die hysterischen Stimmungsschwankungen halten sich anfangs in sehr mäßigen Grenzen; sie stehen auf der Grundlage eines sonnig heiteren Temperamentes, das zusammen mit der übergroßen Beweglichkeit eine chronische Hypomanie vorgetäuscht hätte. Im unmittelbaren Anschluß jedoch an zwei schwere Enttäuschungen brachen jedesmal mehrmonatliche melancholische Zustandsbilder aus. Und als endlich ein wirklicher Schicksalsschlag erfolgte, der nicht nur die Kranke, sondern auch die Familie traf, den sie als die Vernichtung ihrer ganzen Lebenshoffnung bezeichnete, konnte ich einen dritten solchen Zustand in seiner ganzen Entwicklung wie in seinem Verlaufe beobachten.

Die Dame wird schlaflos, eine furchtbare Angst packt sie; sie berichtet über vereinzelte primitive Halluzinationen zur Nachtzeit (Glocken läuten, Polster fliegen durch die Luft) und binnen wenig Tagen ist das Bild einer schweren Melancholie da, die ansteigend, absteigend, zeitweise unterbrochen, andauert. Wenn jemand die Patientin nur jetzt gesehen, hätte er ohne näheren Einblick in die Genese des Leidens und ohne Kenntnis der Persönlichkeit unzweifelhaft Melancholie diagnostizieren müssen. Bei eingehenderer Beschäftigung mit der Kranken fiel allerdings manches auf und im Rückblick auf die ganze abgelaufene Zeit ist unzweifelhaft, daß das Zustandsbild zur Hysterie gerechnet werden muß.

Neben der tieftraurigen Verstimmung mit Einschränkung des Interessenkreises wurden Selbstanklagen laut, die sich bis zu Selbstbeschimpfung und

Wüten gegen die eigene Person steigerten. Patientin überströmte in Worten und Schilderungen ihres Elends; sie gab sich in ganz wahnhafter Weise Schuld an einem Elementarereignis, das dem menschlichen Willen durchaus entrückt ist und war, trotz ihrer sonst außerordentlichen Intelligenz und Klarheit jeder Korrektur unzugänglich. Man hatte den Eindruck, daß ihr diese Selbstvorwürfe Erleichterung schafften. Sie wiederholte dieselben unzählige Male, schnitt jede Disknssion dadurch ab, um nur ja sich selbst zu überzeugen, ihre eigene Kritik niederzuhalten. Am schlimmsten war es, wenn man die Kranke allein ließ und in den Nächten; bezeichnend hingegen, daß man Patientin durch eine Reise, durch irgendwelche neue Eindrücke ablenken und ganz verwandeln konnte. Sie benahm sich dann wie in gesunden Tagen, brachte den Dingen wieder Interesse entgegen. Schließlich traten die schweren depressiven Verstimmungen ausgeprägt anfallsweise auf. Schlechtere Tage wechselten mit besseren, aber immer bestand großes Bedürfnis nach Aussprache und Trost. Ich erlaube mir, mit Hinweglassung persönlicher Stellen einiges aus einem Briefe dieser Zeit wiederzugeben:

„Die heutige Nacht war wieder schrecklich; aller Mut, alle Zuversicht sind fort, ich sehe alles schwarz, mich für das Leben nervös. Die Schlaflosigkeit ist wohl das Ärgste, was es überhaupt nur gibt; dann wieder derselbe circulus vitiosus der Gedanken. — Es ist oft wirklich zum Verrücktwerden ... Dabei grolle ich mir selbst, daß ich so gar keine Selbstbeherrschung besitze und diesen nervösen Anfällen ganz machtlos gegenüberstehe. Bei Tage ist es etwas anderes, da hat man Ablenkung, aber die Nacht, die so lange wird! Ich nehme schließlich doch Brom, aber es nützt nichts mehr. Dabei reißt es mich mit dämonischer Gewalt zu einem neuen Versuche; ich glaube, ich werde nicht eher ruhig sein, ehe ich nicht entschlossen bin, denselben zu unternehmen; andererseits habe ich Angst davor, daß mir die Haare zu Berge stehen! Ich bin nicht ganz beisammen, in keiner Weise ... Die Selbstvorwürfe, die ich mir noch obendrein mache, die sich stets darauf beziehen, daß ich mir Versäumnis aufdisputiere ...

Verzeihung, daß ich Sie mit diesen Lamentationen quäle. Für sie hat es ja wissenschaftliches Interesse und mir erleichtert es ein wenig das Herz. Ach, wann werde ich wieder froh und gesund sein, wie früher? Sie werden sagen, es sei hauptsächlich meine eigene Schuld; ja, aber ich kann mir nicht immer helfen. Diese Nächte werde ich wahrlich nie vergessen, das stundenlange Alleinliegen, das Schlafbedürfnis und die Unfähigkeit auszuruhen und einzuschlafen! Ob es wirkliche oder eingebildete Leiden sind; es ist etwas Furchtbares und dabei weiß ich, daß es eine Sünde ist, sich zu kränken, daß meine unglückselige fixe Idee daran schuld ist und die Einbildung, wenn alles geklappt hätte, so wäre die Sache nach Wunsch ausgefallen. Und mit all dem mache ich nicht nur mich unglücklich und nervös, sondern auch jemanden anderen, der es wahrlich nicht um mich verdient hat. Ich glaube, ich halte es heute nicht aus ... “

Dieser Brief, welcher flott und in einem Zuge geschrieben ist, schildert so recht den Seelenzustand, in dem das gesunde „Ich“ eigentlich das kranke beobachtet, kritisiert, zum Teil ganz treffend beurteilt: wiederum eine Spaltung der Persönlichkeit. Der Brief allein dürfte für die hysterische Natur des ganzen beweisend sein; ebenso beweisend sind aber die zahlreichen Widersprüche im Krankheitsbilde. Patientin verständigte Arzt und Familie davon, daß sie sich einen Strick im Kasten aufgehoben habe; sie bestimmte nach stets wiederholten Suiciddrohungen endlich als Termin, um aus dem Leben zu scheiden

einen 6 Monate entfernten Tag, während ein unmittelbarer Selbstmord aus Rücksicht auf den ganz fremden Hotelier (Patientin weilte damals im Seebade) abgelehnt wurde. Die Kranke quälte den Arzt stundenlang mit der Forderung, er müsse sie vergiften. Unzähligemale wurde die Frage gestellt, mit welchem Gifte dies geschehen würde, es solle möglichst schmerzlos sein. Es war erschütternd anzusehen, wie die Patientin sich marterte, in der pessimistischen Schilderung der gegenwärtigen Lage übertrieb, um nur auch sich selbst ihre Krankheit einzureden. Ebenso klar war es aber, daß die Patientin selbst gerne anders gewollt hätte, daß sie ein heißes Verlangen nach Gesundheit und Glück kaum unterdrücken konnte; kein Zweifel, daß sie selbst furchtbar unter dem Schicksalsschlage litt, nur widerwillig dem Zwange sich beugte. Da sie den Überfluß an Unlustgefühlen allein zu verarbeiten nicht imstande war, mußte sie denselben auf die Umgebung ableiten. Im Kampfe mit dem Schicksale hatte sie den Kürzeren gezogen; als der unterlegene Teil wütet sie blind gegen sich, da ihr der Gegner nicht standhält.

Wie schon angedeutet, Ortswechsel, Beschäftigung, psychische Behandlung waren immer von bestem Einfluß und schließlich erfolgte durch Anregung gesunder Vorstellungsgruppen ganz unvermittelt die Genesung respektive der Übergang zum habituellen Zustand großer geistiger Regsamkeit. Allerdings ist ein guter Teil der früheren Heiterkeit wohl für immer dahin. Scheinbar spontan, in Wirklichkeit durch Erinnerungen, ebenso durch äußere Anlässe, können flüchtige Depressionen jederzeit ausgelöst werden. Trotz der mangelhaften Nahrungsaufnahme — Patientin ließ sich zum Essen sehr zureden — waren die körperlichen Störungen außerordentlich gering.

Es sei ausdrücklich bemerkt, daß in diesem Falle körperliche Stigmen, ebenso konvulsive Elemente vollkommen fehlten. Hysterischer Charakter und Suggestibilität begründen die Diagnose: der Verlauf bestätigt sie. Deutlich ist zu verfolgen, wie die Erkrankung unmittelbar aus der Persönlichkeit herauswächst, nur eine pathologische Reaktion auf einen Affektchock darstellt. Dabei bleibt die Patientin auf demselben ethisch hohen Niveau, das sie auch sonst einnimmt; voll Rücksicht auf ihre Umgebung, leidet sie selbst wohl am meisten.

In der Regel macht es aber den Eindruck, als ob die hysterischen Depressionszustände ihren Trägerinnen gar nicht nahe gehen würden. Der schreiende Widerspruch zwischen dem bequemen, faulen oder gar kriminellen Verhalten und der nur mit Worten, speziell dem Arzte gegenüber geäußerten Melancholie ist es, der zur richtigen Diagnose verhilft. Dieselbe ist schon leichter in dem folgenden Falle, der in jeder Beziehung einen Gegensatz zu dem früheren bildet.

Beobachtung XXI.

Rosa K., 22 Jahre, ledig, katholisch, Bonne, wird am

20. März 1903 früh durch einen Polizeiagenten zum Amte gestellt, weil sie sich des abends zuvor unter falschem Namen mit einem unbekannten Herrn in einem Hotel ganz an der Peripherie der Stadt einlogiert hatte. Es schien sich um eine nicht konzessionierte Prostituierte zu handeln. Sie verweigert die Angabe ihres Namens, macht sich mit einer Korrespondenzkarte zu schaffen — es heißt, daß Patientin dieselbe vernichten wollte — welche sie, dem Aussehen nach, vielleicht schon Wochen bei sich getragen haben mußte. Diese Karte enthält ihren vollen richtigen Namen, ihre Adresse,

ebenso die Personalien ihrer Schwester und ihrer Eltern: die vollständigste Legitimation, die man sich nur zu denken vermag; dieselbe kann zum Abschicken nicht bestimmt gewesen sein, denn sie ist auch an der Adreßseite kreuz und quer mit Text überschrieben. Es heißt da: „Bitte, meinen Eltern zu telegraphieren und meiner Schwester auch, denn ich war unglücklich auf der Welt, darum wollte ich ein Ende machen: liebe Eltern, verzeiht mir das, was ich mir angetan habe, ja; lebt alle wohl auf Nimmerschen!!! Ich bin nicht recht bei Sinnen, lebt wohl auf Nimmersehen!!! Ich war nicht recht gescheit, verzeihet mir!" Außerdem noch eine Menge Verfügungen über ihre Sachen. Patientin nennt auch jetzt noch ihren Namen nicht, behauptet, diese Karte nicht geschrieben zu haben; sie leugnet, Geld zu besitzen, doch wird bei der Leibesvisitation solches gefunden, das sie sehr lebhaft zu verbergen bestrebt ist und das augenscheinlich in der eben abgelaufenen Nacht verdient worden war. Dem Polizeiarzte gibt sie zögernd ihre richtigen Generalien an, verweigert aber jede weitere Auskunft.

Zur Anamnese: Ein älterer Bruder wurde vor 3 Jahren geisteskrank, starb in der Irrenanstalt. Seit 5—6 Jahren klage Patientin über Kopfschmerzen, besonders bei Aufregung, sei jähzornig, reizbar, verlogen. Vor 2 Jahren ein Verhältnis mit einem jungen Mann, das dieser nach 5 Monaten löste: doch habe die Kranke darüber sich nicht sonderlich alteriert. Seit einem Monat, nach einem Ausflug auf den Semmering, sprach sie unaufhörlich von heftigen Kopfschmerzen, von Selbstmord, machte aber nie den leisesten Versuch; im Gegenteile versichert die Schwester, daß Patientin trotz des geklagten Kopfschmerzes ganz heiter, vergnügungssüchtig war.

Bei Ankunft an der Klinik betrachtet die Kranke ihre Umgebung mit aufmerksamen Blicken, gibt aber auf Fragen kaum eine Antwort: „Sie wisse nicht, wie sie hereingekommen sei." Gegen körperliche Untersuchung abweisend.

Bei einem unvermuteten Rundgange wird Patientin in lebhafter Unterhaltung mit zwei Degenerierten angetroffen; sie verstummt sofort.

21. März. Vormittagsvisite: Ängstliches, verlegenes Wesen, sehr zurückhaltend in ihren Antworten, örtlich und zeitlich orientiert. Seit 14 Tagen habe sie Suicidabsichten, doch bestätigt sie, bis jetzt keinen Versuch gemacht zu haben; schüttelt, wie verständnislos den Kopf, wenn man die nächtliche Affäre berührt.

Nachmittagsexamen: Patientin geriert sich leidend, klagt über Kopfschmerzen, die sie „seit jeher" habe. Schilderung derselben nach keiner Richtung typisch; die Kranke benutzt dabei Suggestivfragen, erklärt dann, seit Jänner hätte die Cephalaea immer mehr zugenommen; sie, die früher sehr lebenslustig gewesen, sei seither ganz trübsinnig, es freue sie nichts mehr. Patientin frägt den Arzt, ob sie kopfkrank sei, klagt über Schlaflosigkeit, negiert Anfälle. Über ihr Verhalten gibt sie unaufrichtige widersprechende Auskünfte. Intelligenz entsprechend trotz mangelhaften Schulerfolges. — Gynäkologischer Befund: Hymen defloriert. Gonorrhöe ascendens.

23. März. Bei dem heutigen ausführlichen Examen ist Patientin sehr gehemmt, antwortet auf alle Fragen zwar richtig, aber erst nach langem Zögern, muß immer wieder stimuliert werden. Sie läßt sich zu dem Geständnis herbei, daß sie fast keine Posten hatte, redet sich darauf aus, daß sie ja krank war; über die letzten Ereignisse will sie nicht sprechen, sie erinnere sich nicht. Zur Vorgeschichte erzählt Patientin immer in gleicher Verstimmung und Hemmung, daß sie im Alter von 18 Jahren nach Wien kam, hier einen Postbeamten kennen lernte, mit dem sie durch 8 Monate „ging". Über ihr

Sexualleben befragt, verwickelt sie sich in die schreiendsten Widersprüche, will trotz aller Vorhalte glauben machen, daß sie auch jetzt noch Jungfrau sei; sie müßte betäubt worden sein, wenn sie sich ja einmal vergessen haben sollte. Sie blickt träumerisch vor sich hin, ist dabei außerordentlich aufmerksam auf die Umgebung, fixiert jeden Schatten am Fenster, meidet aber den Blick des Arztes, erklärt, eine unbequeme Frage im nächsten Moment schon vergessen zu haben, antwortet ausweichend, unmöglich, schwört aber, die Wahrheit zu sprechen. Sie tut ganz entrüstet, als man ihr Lügen nachweist.

29. März. Beschäftigt sich mit Lektüre, steht oft in der Türe, wenn es irgend etwas zu sehen gibt. Der Visite gegenüber zu Bett, immer gehemmt und verstimmt, äußert andauernd Taedium vitae. Sie wird am

31. März ihren Angehörigen übergeben.

Hier wird der Lebensüberdruß in einer Weise zur Schau getragen, die nicht ernst genommen werden kann. Patientin präpariert eine Korrespondenzkarte, auf der sie sich selbst als geisteskrank bezeichnet, sie nimmt von allen auf Nimmerwiedersehen Abschied, läßt sich aber — wie oft, wurde nicht festgestellt — von fremden Herren auf der Gasse ansprechen und ins Hotel führen. Die hysterische Verlogenheit steht jederzeit obenan; die traurige Verstimmung und Hemmung der Melancholie wird nur der Familie und der ärztlichen Visite gegenüber festgehalten, dient gewissermaßen als Vorwand zum Nichtstun. Der Arzt, welcher die Kranke nur vorübergehend sieht und von der Vorgeschichte nichts weiß, müßte Melancholie diagnostizieren, um so mehr als eine hier nachweisbare Ovarie, durch eine Genitalaffektion vorgetäuscht, den Wert eines Stigma nicht beanspruchen konnte.

Angeschlossen sei ein Fall, welcher zu Bildern hinüberleitet, die im folgenden besprochen werden sollen.

Beobachtung XXII.

Cäcilia Sch., geb. 1882, katholisch, ledig, Dienstmädchen, wurde mit dem Sanitätswagen zum Amte gebracht. Sie befindet sich in so hochgradiger motorischer Erregung, daß man ihr die Zwangsjacke anlegen muß; sie reagiert auf keine der an sie gestellten Fragen. Auf der Tragbahre wirft sie sich herum, stöhnt unaufhörlich, bringt nur die Worte hervor: „Ich muß sterben."

An die Klinik kommt Patientin ruhig; sie blickt unverwandt vor sich hin, zeigt einen leichten Schütteltremor der Hände und des rechten Beines. Auf Fragen antwortet sie passend, nur etwas zurückhaltend, sehr leise, monoton, interesselos. Die Örtlichkeit erkenne sie nicht. Sie erzählt, daß sie in der vergangenen Nacht nichts geschlafen habe, ängstlich gewesen sei; es gehe ihr nahe, daß die Eltern sie nicht mögen. Heute früh verrichtete sie noch ihre Arbeit, setzte sich dann tief verstimmt in ihr Zimmer. Über die weiteren Vorgänge, ihre Einbringung, wisse sie gar nichts; als sie zu sich kam, sei sie hier gewesen. Die Kranke klagt über Kopfschmerz und Aufregung; seit sie in Wien im Dienste sei, freue sie nichts mehr, sie hatte oft schon Selbstmordideen. Patientin schildert sich überhaupt als sehr verdrießlich, erregbar; seit zwei Jahren habe sie Ohnmachtsanfälle, oft von $^1/_2$stündiger Dauer. — Nach Schwinden des Schüttelns dauert in der rechten Hand ein feinschlägiger frequenter Tremor nach.

Zur Anamnese wird noch folgendes erhoben: Heuer zu Neujahr schrieb die Kranke einen Brief nach Hause, sie müsse sich soviel kränken und sei in

großer Aufregung, da sie von ihrer Dienstfrau ungerechterweise der Veruntreuung einer Krone beschuldigt werde. Diese Dame teilt hingegen mit, daß sie mit der Patientin stets außerordentlich zufrieden war; nur habe es in der letzten Zeit wegen eines Liebeshandels starke Aufregungen gegeben.

9. Jänner 1901. Mißgestimmt, läßt den Arzt ganz unbeachtet, erkundigt sich nicht nach ihrer Situation, äußert keinen Wunsch betreffs der Zukunft. Nachts wälzt Patientin sich heftig im Bette herum.

10. Jänner. Andauernd moros, bricht auf die Frage nach dem Grunde ihrer Verstimmung in Tränen aus, gibt zur Antwort, daß die Mutter sie nicht gern habe.

12. Jänner. Schimpft vor sich hin; anderemale weint und schluchzt sie, äußert Lebensüberdruß. Am

15. Jänner kommt Patientin in die Irrenanstalt. Sie erscheint stark gehemmt, schwer besinnlich, wie traumhaft verloren; dabei ist der Gesichtsausdruck mürrisch. Auf alle Fragen erfolgt nur ein stereotypes: „Ich weiß nicht.“ Nicht einmal ihre Generalien vermag die Kranke anzugeben. Sie nimmt mit Nachhilfe genügend Nahrung, sitzt den ganzen Tag teilnahmslos auf einem Fleck, schläft nachts gut. — Allgemeine hochgradige Hypalgesie; in der Muskulatur keine Spannungszustände.

16. Jänner. Auch heute beantwortet Patientin die meisten Fragen mit: „Ich weiß nicht“, behauptet dann hier bei ihrer Großmutter zu sein, erinnert sich nicht, daß sie zuletzt bei einer Frau F. in Dienst stand. Sie kenne gar keine Frau dieses Namens. Von Ohnmachts- oder Krampfanfällen will sie gleichfalls nichts wissen. Einfache Aufforderungen befolgt sie, wenn auch zögernd; auf Nadelstiche reagiert sie gar nicht; einmal huscht während der Untersuchung ein flüchtiges Lächeln über ihre Züge. — Kalte cyanotische Hände.

23. Jänner. Ein Anfall. Die Kranke stürzt zusammen, verdreht die Augen nach rechts; keine Zuckungen. Dauer etwa $^1/_4$ Stunde.

2. Februar. Die ganze Zeit über liegt Patientin zu Bette; sie weint viel, klagt, daß sie sich schlecht fühle.

4. Februar. Seit gestern spricht die Kranke spontan. Sie weiß nicht, wie lange sie hier ist, wie sie hereinkam, wo sie vorher, wo sie bedienstet war; sie erinnert sich nicht, die Ärzte schon gesehen zu haben; sie konnte nicht sprechen. Jetzt sei ihr im Kopfe leichter. — Ovarie; ebenso ein Druckpunkt in der Herzgrube nachweisbar.

5. Februar. Klage über Kopfschmerzen.

6. Februar früh Anfall; Zusammenstürzen, tonische Spannung.

20. Februar. Ein gleicher Anfall.

24. Februar. Klagt über Schwindel und Kopfschmerzen.

25. Februar. Setzt heute allen Fragen absoluten Mutazismus entgegen; weint bitterlich. Analgesie.

26. Februar. Ganz klar, erinnert sich an kein Ereignis des gestrigen Tages, weiß aber, daß sie seit ungefähr einem Monat hier sei, früher bei Frau F. in Dienst stand.

27. Februar. Im unmittelbaren Anschlusse an eine Erregung Weinkrampf und symmetrisch tonische Krämpfe in den oberen Extremitäten. Die Pupillen weit, reagieren gut.

2. März. Wiederholt Erbrechen.

14. März. Seit dem letzten Anfalle absoluter Mutazismus.

23. März. Liegt mit geschlossenen Augen dahin, atmet stertorös, reagiert

auf keinerlei Reize. Puls klein, frequent; Blutdruck 90 *mm* Quecksilber. Bei Druck auf die Bulbi vertieft sich die Atmung etwas.

1. April. Andauernd stumm, bringt ihre Wünsche nur brieflich vor, spricht auch bei Besuchen ihrer Angehörigen nichts; beschäftigt sich aber mit Handarbeit. Innige Freundschaft mit einer hysterischen Kranken derselben Abteilung.

19. April. Patientin, die bisher den Ärzten gegenüber trotzig und abweisend war, beginnt plötzlich wieder spontan zu sprechen, zeigt auch mimisch einen ganz anderen Ausdruck. Sie berichtet, daß sie die Zeit über nicht sprechen konnte. Sie sei früher über alles aufgeregt gewesen, jetzt aber schon ruhig. Amnesie für die Zeit ihres Dienstes bei Frau F., für die Internierung und die letzten Wochen.

2. Juni. Dauernd geordnet, freundlich, arbeitet sehr fleißig, äußert Krankheitseinsicht; doch besteht Amnesie in dem eben bezeichneten Umfange sowie Hypalgesie fort. Am

10. Juni wird Patientin geheilt entlassen.

Eine Fülle von hysterischen Einzelheiten, obenan Anfälle sowie umschriebene Amnesien speziell für alles, was der Patientin unangenehm ist und für Krankheitssymptome, so daß an der Diagnose nicht gezweifelt werden kann. Auch der hysterische Charakter ist deutlich genug. Bemerkenswert scheint, daß der Liebeskummer den Eltern gegenüber in einen Diebstahlsvorwurf sich verkleidet; die Ärzte hingegen will sie glauben machen, sie kränke sich über mangelnde Liebe seitens der Eltern. Die depressive Verstimmung mit Reizbarkeit untermischt, tritt in Anfällen auf, könnte eine periodische Geistesstörung vortäuschen. Der Mutazismus, durch rudimentäre Dämmerzustände eingeleitet, bildet eine Komplikation; er entspricht nur zum Teile der Hemmung des Depressionszustandes, macht vielmehr einen selbständigen Eindruck.

Der eben vorgeführte Kasus gehört darum teilweise schon zu den Mischfällen zwischen Depression und Stupor; in fließender Reihe kommt man dann zu Patienten, welche in großer Apathie schluchzen, nur stotternde Laute hervorbringen, endlich zu Fällen, welche stumm herumsitzen, die Nahrung verweigern, Kot und Urin unter sich lassen oder Katalepsie zeigen; dabei werden Raptus beobachtet, Verzweiflungsausbrüche mit blindem Wüten gegen die eigene Person.

Diese Stuporzustände sind als hysterisch dadurch charakterisiert, daß sie einen gewissen Zug der Unaufrichtigkeit tragen, daß das Verhalten der Kranken sehr merklich von der jeweiligen Umgebung und von äußeren Eindrücken abhängt. So kann dieser Stupor gelegentlich, wenn der Kranke unbeobachtet ist, verschwinden, oder der Patient macht sichs überhaupt bequem und hält die Gliedmaßen in einer angenehmen Stellung fest. Die vegetativen Funktionen brauchen nicht gestört zu sein. Solche Kranke essen im hysterischen Stupor mit gutem Appetit, halten sich, was besonders auffällt, sauber. Die Schmerzempfindlichkeit und die Reaktion auf schmerzhafte Eingriffe ist nicht immer völlig aufgehoben. Diese Psychosen dauern Stunden bis Monate; in kriminellen

Fällen pflegen sie zu verschwinden, wenn das Individuum eingesehen hat, daß es durch seine Krankheit nichts erreicht. Auch sonst gelingt es therapeutisch einzugreifen, das Zustandsbild wenigstens zu ändern. Allerlei Zwischenformen führen zu den übrigen akuten Geistesstörungen der Hysterie hinüber.

Von Fällen der letzten Zeit wäre folgender hier einzureihen.

Beobachtung XXIII.

Marie K., 23 Jahre, katholisch, ledig, Magd, kommt am 19. März 1903 an die Klinik.

Das Parere lautet: Patientin versuchte heute nach einem Wortwechsel mit ihrem Geliebten vom Fenster des dritten Stockwerkes auf die Straße zu springen, wurde jedoch rechtzeitig daran gehindert. Vor 14 Tagen ein gleicher Versuch. Sie liegt bewußtlos auf der Tragbahre, reagiert weder auf Anruf, noch auf Berührung.

20. März. Die Kranke hat spontan eine etwas auffallende Lage eingenommen: sie hält die beiden Arme gestreckt, symmetrisch, nicht ganz im rechten Winkel vom Stamme ab. Man könnte glauben, sie wolle die Haltung einer Gekreuzigten nachahmen. Da aber das Bett zu schmal ist, hat sie den rechten Winkel zwischen Rumpf und oberen Extremitäten gerade nur um so viel vermindert, daß die Arme, größtenteils unterstützt, bequem und schmerzlos auf der weichen Unterlage aufruhen. Sie ist anscheinend tief komatös. Bei schmerzhaften Reizen röten sich lebhaft die Wangen, es erfolgt aber keine Reaktion, weder Sprach- noch Abwehrbewegungen. Man kann bei den Brustwarzen Hautfalten mit einer Nadel ganz durchstechen, ohne daß die Patientin auch nur mit den Wimpern zucken würde. Der erhobene Arm sinkt schlaff in die frühere Stellung herab; wenn man den Oberkörper erhebt und die unterstützende Hand wegzieht, fällt die Kranke zurück, das Hinterhaupt bohrt sich in die Kissen; Patientin verharrt in dieser passiven Lage. An den Stellen, wo Hautfalten durchstochen wurden, haben sich isoliert Urticaria-Quaddeln gebildet.

Patientin wird nun faradisiert (Pinsel). Zu Beginn der Prozedur liegt sie noch in der letztbeschriebenen Stellung, wie ein Kadaver. Sofort nach Anwendung stärkerer Ströme kommt etwas Leben in den Körper; sie macht Fluchtbewegungen, erst langsam, dann immer lebhafter und nachdrücklicher; sie öffnet den Mund, beginnt zu sprechen, indem sie in leisem, klagendem Tone um Hilfe bittet; sie beantwortet ein paar Orientierungsfragen, steht endlich über Befehl auf, geht ein paar Schritte mit langsam schlürfendem Gang. Dann legt sie sich wieder zu Bett; anscheinend erschöpft, läßt sie sich in Rückenlage willenlos zurücksinken.

Nachmittags. Patientin spricht, zunächst nur polnisch, läßt erst über dringenden Zuspruch deutsche Worte hören; sie bestätigt die Daten des Parere, ist aber amnestisch vom Augenblicke der Suicidabsicht bis heute Vormittag.

Hier war die Diagnose schon vor der therapeutischen Einwirkung zu stellen. Die anscheinend gesunde Person versinkt nach einer Aufregung plötzlich in einen Zustand von Scheintod. Der hysterische Affekt hat seine Form geändert; zuerst Selbstmordversuch, natürlich in Gegenwart von Personen, dann Krankheit. An der Klinik fällt ein Widerspruch auf. Patientin liegt im tiefsten Koma dahin, aber mit frischer, roter Gesichtsfarbe. Bewußtlose Kranke haben die Arme, wenn die Wärterinnen unachtsam sind, teilweise unter ihrem

Körper, sonst aber an den Körper angeschlossen. Die Hysterica bringt die Extremitäten in eine sonderbare, man möchte sagen, affektierte Stellung. Sie erscheint gegen Nadelstiche vollkommen unempfindlich, nicht so gegen den faradischen Strom: eine Beobachtung, die sich immer wieder bestätigt. Die Willensenergie, die man nötig hat, um die Reaktion auf einen Nadelstich zu unterdrücken, ist eine relativ geringe. Unangenehmer hingegen ist längere Einwirkung eines faradischen Pinsels. Die Hysterischen sind durch die schmerzhaftere Prozedur, die doch ihrer Analgesie entsprechend für sie auch nicht schmerzhaft sein sollte, viel eher zu beeinflussen; es wird diese merkwürdige Tatsache zu Schlußfolgerungen im V. Kapitel Anlaß geben. Wenn die Erkrankung keine sehr schwere ist, so sieht man, wie auch im vorliegenden Falle, einen sofortigen Erfolg.

In naher Verwandtschaft mit den Stuporzuständen stehen jene Formen hysterischer Geistesstörung, die als Schlafanfälle, von den Franzosen als Attaques de sommeil bezeichnet werden. Es ist wohl nur eine Konstruktion, wenn man sie aus der Resolution nach dem Anfalle erklärt. Sie kommen zwar im Anschlusse an einen Paroxysmus, aber auch selbstständig vor, wären dann als Äquivalent zu betrachten.

Der Beginn ist verschieden, entweder plötzlich — der Kranke stürzt zusammen, wie vom Blitze getroffen — die sogenannte Forme apoplectique, oder das Individuum, das eben noch im Gespräche war, verstummt, sinkt nach vorn über; manchmal schläft der Patient mitten in seiner Beschäftigung ein, bleibt stehen oder sitzen (Forme narcoleptique). In der Regel sind Vorsymptome zu erkennen. Schwere, Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz, Übelkeit, Schwäche, Schwarzwerden vor den Augen, Mißstimmung, Gereiztheit, Trauer oder unbändige Heiterkeit, Gesichtstäuschungen; der Kranke läßt alles aus der Hand fallen, wird schläfrig und schläft ein. Der Wille scheint nur einen beschränkten Einfluß auf die Coupierung des Paroxysmus zu haben. Manchmal ist es auch durch energische Prozeduren nicht gelungen, den Schlaf zu unterdrücken. So hat Pitres in einem Fall Brechmittel, körperliche Bewegung, Duschen vergebens versucht, nur Kompression der linken Ovarialgegend wirkte in diesem Sinne.

Die Schlafanfälle dauern einzelne Sekunden bis Stunden. Das Individuum kann aber auch durch Tage, Wochen oder selbst Monate in tiefem Schlafe liegen. (Lethargische Form der großen Schlafsucht.) In der Literatur sind Fälle von jahrelanger Dauer verzeichnet, doch ist die Frage gestattet, ob es sich da nicht um Katatoniker gehandelt habe; ein differentialdiagnostisches Problem, das erst neuerer Zeit in aussichtsvoller Weise angegangen werden konnte. Recht bedeutungslos erscheint hingegen die Tatsache, daß in den länger dauernden hysterischen Schlafanfällen auch eine Abgrenzung vom hysterischen Stupor unmöglich wird. Die Benennung als Schlafanfall hält sich an etwas Äußerliches; die vorherrschende Passivität und Muskelerschlaffung dieser Kranken erweckt

den Eindruck von Schlafenden; nicht selten findet man aber auch Katalepsie, wie bei Stuporzuständen; endlich können an einem und demselben Patienten Attaken verschiedenen Gepräges sowie Mischformen zwischen Krampf-, Hemmungs- und Lähmungszuständen beobachtet werden. Bei der Wesensgleichheit dieser hysterischen Psychosen ist Vereinfachung der Nomenklatur dringend geboten; namentlich möge man darauf verzichten, kombinierte Krankheitsformen aufzustellen.

Der Schlaf ist entweder ganz leicht oder so tief, daß man von hysterischem Scheintod gesprochen und allen Ernstes differentialdiagnostische Behelfe gegenüber dem wirklichen Tode aufstellen zu müssen glaubte. Im ersten Falle genügt oft Bespritzen des Gesichtes mit kaltem Wasser, um den Anfall zu unterbrechen; in den schwereren ist auf keinerlei Weise Erwachen zu erzwingen. Häufig folgen viele kurze Anfälle, bis zweihundert in vierundzwanzig Stunden rasch aufeinander. Dauern die Anfälle länger, dann liegt die Ernährung darnieder, die Ausscheidungen sind entsprechend vermindert.

Einem mittelschweren Grade der Erkrankung entspricht ungefähr folgendes Bild: Patient liegt da mit oberflächlicher, nicht schnarchender Atmung; die Gesichtsfarbe ist normal, vielleicht etwas blaß, anderemale beobachtet man Rötung der Wangen und Ohren. Die Glieder sind kalt, cyanotisch, in typischen Fällen erschlafft. Die Augenlider flimmern. Die Sehnenreflexe sind normal oder gesteigert, die Sensibilität gewöhnlich aufgehoben, soweit, daß alle Haut- und Schleimhautreflexe fehlen. Doch verunreinigen sich die Kranken nie; sie entleeren ructus. Die hysterogenen Zonen verhalten sich verschieden; es kann gelingen, die Kranken von hier aus zu erwecken, so daß sie Nahrung zu sich nehmen, dann aber weiterschlafen. Gelegentlich helfen auch Krampfanfälle im Verlaufe des Lethargus zur Diagnose mit. Der Bewußtseinszustand wechselt. Manchmal besteht absolute Bewußtlosigkeit, anderemale die sogenannte Lethargie lucide. Die Kranken hören, was um sie vorgeht, ja es scheinen Gehörs- und Geruchsvermögen verschärft; es erfolgen zweckmäßige Reaktionen auf halb bewußte Schmerzen, Wechsel der Lage; die Kranken erinnern sich später an alles. Außerdem wird ein Bewußtseinszustand geschaffen durch Träume und Sinnestäuschungen. Die Patienten murmeln einzelne Worte, wenden sich nach einer Seite, schlafen weiter; oder man findet als Ausdruck der psychischen Vorgänge allerlei Ausdrucksbewegungen, wie Grüßen, Hilferufen etc. In zwei Fällen Löwenfelds traten gegen Ende des Anfalles Delirien auf; der eine Patient sprach vernünftig über Alltagsereignisse, der andere hatte melancholische oder heitere, von außen nicht zu beeinflussende Delirien.

Die Kranken erwachen wie aus normalem Schlafe oder mit einem Krampfanfalle. Nach dem Aufhören eines Lethargus, besonders eines längeren, hört man Klagen über Müdigkeit, Kopfdruck; man beobachtet aber

auch psychische Störungen, Erinnerungsfälschungen, Pseudodemenz und ziemlich regelmäßige Amnesie, wenn auch keine völlige. Die hysterische Natur der Störung bestätigen Patienten, welche ohne den mindesten Schaden an ihrer geistigen Gesundheit tausende solcher Anfälle durchmachen.

An die Klinik kam ein hochkomplizierter Fall von hysterischer Geistesstörung, bei welchem im Anschlusse an die eingeleitete hypnotische Behandlung Schlafanfälle auftraten mit Reproduktion von Erinnerungen und einem lebhaften Rapport zur Umgebung. Da auch dieser Kasus einen Übergang zum folgenden vermittelt, mag er hier wiedergegeben werden, obzwar der Charakter der Psychose, im ganzen genommen, seine Einreihung an späterer Stelle erfordern würde.

Beobachtung XXIV.

Mathilde H., geboren 1871, ledig, Beamtenstochter; aufgenommen am 7. Mai 1900.

Schwere hereditäre Belastung: Mutter der Patientin ist hysterisch, der Vater nervös; zwei Geschwister starben in früher Kindheit, Bruder des Vaters ging an progressiver Paralyse zugrunde, andere 4—5 Seitenverwandte starben in der Irrenanstalt.

Die Kranke selbst zeigte von Kindheit an ein eigentümliches Wesen; sie war reizbar, herrschsüchtig, andererseits rührselig, weinte leicht. Diese charakterologischen Eigenschaften traten vor zirka 10 Jahren noch auffallender hervor, als ein junger Mann, mit dem sie so gut wie verlobt war, sich aus finanziellen Gründen plötzlich zurückzog und brieflich abschrieb. Patientin rannte damals mit dem Kopfe gegen eine Wand. Sie wurde menschenscheu, wollte nicht mehr aus der Wohnung, gibt erotische Träumereien zu. Als jener junge Mann eine ihrer Freundinnen heiratete (Sommer 1899), setzten Gehörstäuschungen ein; Selbstmordversuch, „in Verzweiflung" unternommen (Kaliumpermanganat), Nahrungsverweigerung. Dann schien der Intellekt abzusinken, Patientin wurde läppisch, benahm sich wie ein Kind, spielte nur mit Kindern. Ende Dezember 1899 Depression. Nach zwei freien Monaten setzen akut wieder Gehörshalluzinationen ein, neuerlicher Selbstmordversuch, Einbringung.

In der Anstalt ist die Kranke vollkommen klar, örtlich und zeitlich orientiert, arbeitet, schläft wenig. Sie berichtet über lebhafte akustische Täuschungen: durch das Telephon hörte sie, der Bruder habe gestohlen; auf der Gasse rief man ihr Schimpfworte nach: alte Jungfer, Hure; sie hörte aber auch wieder, was die Familie in der Wohnung vertraulich gesprochen hatte, endlich Musik. Daneben besteht Beziehungswahn: Man lachte auf der Straße über sie und ihre Familie. Keine Systemisierung. Krankheitsgefühl: Patientin glaubte wahnsinnig zu werden, schrieb auf einen Zettel, sie komme noch einmal in die Irrenanstalt. Mit ihrer Einbringung setzen diese Störungen scharf ab. Tiefe Reflexe lebhaft, Andeutung von Fußklonus.

Im folgenden bietet die Kranke außer einer rührseligen Stimmung, großer Neigung zum Weinen keinerlei Symptome. Sie ist einsichtig für den größten Teil ihrer Halluzinationen. Bei wiederholtem Examen ergibt sich noch, daß die Patientin das gelöste Liebesverhältnis als Ursache ihrer Krankheit bezeichnet; so wie sie davon zu sprechen beginnt, zittert sie und hat Tränen

in den Augen; sonst geordnet, wiederholt Ausgänge; am 1. August 1900 in häusliche Pflege entlassen.

Sie ging aufs Land und blieb ziemlich normal bis November, als sie mit der Familie in die Stadtwohnung zurückkehrte und von dem Selbstmord einer ehemaligen Mitpatientin erfuhr. Die Gehörstäuschungen traten wieder auf; Mitte Mai 1901 verweigerte sie die Nahrungsaufnahme (Vergiftungswahn), sprach nichts, zitterte, starrte vor sich hin, bekam einen Krampf im Nacken; dann sprang sie auf, agierte mit den Händen, schrie verwirrtes Zeug, beschimpfte ihre Eltern, so daß sie am 22. Mai 1901 neuerlich eingebracht werden mußte.

Patientin zeigt jetzt ein wesentlich anderes Zustandsbild als bei der ersten Aufnahme. Sie greift einzelne Worte aus den Gesprächen der Umgebung auf, knüpft vielfach unsinnige Bemerkungen an: „Mein Vater ist ein Franzose, das ist der Mann mit dem abgehauenen Ohr, ich bin die eiserne Jungfrau, Hypnose ist ein Unsinn etc.“ Beim Examen ist sie örtlich vollkommen, zeitlich mangelhaft orientiert; sie reimt und macht scherzhafte Bemerkungen auch zu den Fragen. Hyperästhesie der rechten Stirnhälfte.

23. Mai. Vollkommen orientiert; dann aber wahnhafte Äußerungen: sie liege im Grabe, sei tot; reagiert auf keinerlei Reize.

24. Mai. Etwas Krankheitseinsicht. Ganz unvermittelt tritt ein heftiger Angstaffekt auf; sie schreit, weil eine Mitpatientin sie fixiere, vergräbt ihr Gesicht in die Decke.

Im folgenden klar, krankheitseinsichtig, doch ohne Neigung zu geselligem Verkehre.

16. Juni. Patientin stürzt des Nachmittags bewußtlos zusammen; ist dann hochgradig erregt, total verworren.

17. Juni. Die Kranke singt, deklamiert. Nachmittags traurig, dabei örtlich und zeitlich orientiert. Halluziniert, daß ihrer Mutter die Augen ausgestochen werden.

18. Juni. Zunehmend unruhig. Patientin peroriert unter lebhaften Gestikulationen mit lauter Stimme, knüpft an alle Vorgänge der Umgebung an, ohne ideenflüchtig zu werden.

Im folgenden langsame Beruhigung; rascher unmotivierter Stimmungswechsel; bei vollkommener Orientierung vereinzelt wie wahnhaft klingende Äußerungen: „Ich bin die Kronprinzessin.“

6. August. Faßt die Frage eines Arztes, ob sie nicht ein Buch (zum Lesen) haben wolle, als Beleidigung; es sei ein „Gesundheitsbuch“ gemeint. Eine Patientin habe sie, augenscheinlich im Auftrage des Arztes, darüber aufgeklärt.

1. Oktober. Arbeitet sehr ungleichmäßig, schreibt einen Brief des Inhaltes, daß sie im Vorgarten lauter Bekannte antreffe; überaus erregbar, zittert nach den Besuchen ihres Bruders am ganzen Körper.

1. November. Ausführliches Examen: Patientin berichtet von ihren peinlichen häuslichen Verhältnissen. Ihre Mutter leide an Verfolgungswahn, trieb allen möglichen Unfug, verhängte die Fenster, war auf ihre Tochter eifersüchtig, ließ sie nicht zum Vater, ging gegen sie los. Im Alter von 19/20 Jahren Absage des Verlobten. Im Sommer 1899, als jener Ungetreue eine andere heiratete, kamen noch weitere Widrigkeiten. Gegenüber logierte sich ein junger Mann ein, der ungebührliche Worte herüberrief. Wenn Patientin dann aus dem Hause ging, lachten die Hausleute, verspotteten sie mit den Ausdrücken jenes jungen Mannes. Die Kranke bleibt dabei, einzelne

Schimpfworte wirklich gehört zu haben; die anderen „Stimmen“ erkennt sie als krankhaft an. Sie erinnert sich an alle Details ihres ersten und zweiten Anstaltsaufenthaltes. Bevor sie das zweite Mal eingebracht wurde und ebenso am 16. Juni d. J. hatte sie einen Anfall: sie konnte plötzlich nicht mehr sprechen, der Kopf wurde ihr schwer und fiel zur Seite, Hände und Füße wurden steif; das Bewußtsein blieb erhalten. Als Kind wiederholt Ohnmachten. Sowie die Rede peinliche Erinnerungen streift, vermag die Kranke kaum die Tränen zurückzuhalten, bebt am ganzen Körper. Sie gibt zu, eine sehr lebhafte Phantasie zu haben; sie träume sich auch bei Tag in Situationen hinein, die sie in Romanen gelesen, in Erlebnisse der eigenen Vergangenheit; doch sei sie durch angenehme Gesellschaft jederzeit herauszureißen. Zu Visionen mit sinnlichen Qualitäten kam es aber nicht, außer im Herbste 1899, als sie Fieber hatte und lebhaft phantasierte. Bedeutende konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung.

9. November. Patientin wird hypnotisiert, was ungemein leicht gelingt.

10. November. Zweite Hypnose; der Schlaf wird vertieft und die Patientin im kataleptischen Stadium examiniert. Man erfährt wieder, daß die Kranke unter den Wahnideen ihrer eifersüchtigen Mutter sehr litt, um so mehr als sie sich beherrschen mußte; außerdem bestanden Zukunftsbefürchtungen. Sie war eine alte Jungfer geworden, wenn jetzt der Vater die Augen schlöße, welches Los hätte sie zu erwarten? Auf ihre erste Enttäuschung geht sie nur nebenbei ein. In der Hypnose ist die Überzeugung von der Realität der Beziehungswahnideen leicht zu erschüttern; Patientin empfängt beruhigende Versicherungen.

11. November. Während des Wachexamens wird die Kranke einen Augenblick sich selbst überlassen; der rückkehrende Arzt findet sie mit geschlossenen Augen am Sessel sitzend, den Kopf stark vornübergeneigt, leise Worte vor sich hinmurmelnd. Auf Anrufen erwacht sie sofort, ist ganz klar. Befragt, was es denn gebe, erwidert sie, sie habe schon seit längerer Zeit solche Zustände von Halbschlaf; sie könne die Augen nicht aufmachen, höre aber alles, was um sie herum vorgehe.

13. November. Dritte Hypnose. Dieselbe gelingt sehr leicht, gelangt aber nicht bis zum Stadium der Katalepsie. Patientin gerät bei Besprechung ihrer Vergangenheit in außergewöhnlich heftige Erregung; als der Arzt Beruhigung suggeriert, schreit die Kranke — immer noch mit geschlossenen Augen — laut und in heftigstem Affekt auf: „Ich kann nicht vergessen! Sie haben nie jemand lieb gehabt, sonst würden Sie wissen, was das bedeutet, monatelang seinen Vater nicht sehen zu dürfen.“ Dabei beginnt Patientin zu weinen. Auf tröstlichen Zuspruch schüttelt sie nur unwillig den Kopf, läßt sich nur langsam und mit Mühe beruhigen. Aus der Hypnose geweckt, ist sie geordnet, bedankt sich und geht still ab. Des Abends jedoch im Bette beginnt sie zu lärmen: Sie wisse, daß ihre Mutter krank sei, sie habe sie darum doch gern. Der „Schuft“ dürfe sie nicht ausfragen, sie unnütz aufregen; auf krampfhaftes Weinen folgt Beruhigung und Schlaf, ohne jede äußere Einwirkung.

14. November vormittags. Sitzt über ihrer Arbeit; später schläft sie ein, neigt den Kopf leicht zur Seite, spricht dabei einzelne indifferente Worte laut vor sich hin.

Nachmittags geordnet, in mittlerer Stimmungslage; erinnert sich, gestern abends auf den Arzt geschimpft zu haben. Sie sei eingeschlafen und habe Worte vor sich hergesagt, die zu wiederholen sie sich jetzt scheue und die sie lebhaft bedauere. Auch heute vormittags nickte sie wieder so ein. Sie höre und fühle dann alles, spreche vor sich hin, könne nur die Augen nicht auf-

machen. Sie habe heute den Arzt gesehen als Faust im Zaubermantel, doch ohne Farben (psychische Halluzination).

18. November. Hin und wieder Schlafanfälle. Sprachprobe: „Der Dozent wird sehr krank werden; ich habe es schon im Traume gehört; ich glaube, er hat ein Gemütsleiden; hören sie zu, lassen sie ihn nicht zum Medikamentenkasten. Ja, ja es ist sehr ernst, ich werde noch lange nicht nach Hause kommen. Sie Dr. A. können die Patienten übernehmen. Eine Merkwürdigkeit, die Finger sind vollkommen ausgebildet. Es ist 11 Uhr, am besten kann es der Herr Professor ... es ist überhaupt mein Fehler, daß ich ihm alles ins Gesicht sage. Wer zuviel die Wahrheit spricht, muß deswegen eingesperrt sein ...“ etc.

22. November. Die Hypnosen sind eingestellt worden; die Kranke wird aufgefordert, sich zu beherrschen, nicht über der Arbeit einzunicken. Sie fühlt sich subjektiv wohl, ist in der Regel guter Laune, arbeitet mit Ausdauer. — Heute wieder ein Schlafanfall. Patientin sitzt mit geschlossenen Augen da, macht Scherze. Als die Visite kommt, erzählt sie gerade, daß Primarius Dr. St. nach Mauer-Öhling versetzt werde.*) Mehr und mehr hat sich die Eigentümlichkeit herausgebildet, daß die Kranke einen Satz laut beginnt; schon nach den ersten Silben sinkt die Stimme, es erfolgt ein unverständliches Gemurmel, schließlich sind nur noch Lippenbewegungen zu sehen. Auf die erste Frage erwidert sie erregt: „Fragen Sie nicht so dumm!“ (Woran denken Sie?) „Gedanken sind zollfrei ... das ist eine dumme Frage ... was ein Frauenzimmer denkt? Ein Frauenzimmer denkt ja nicht viel ... ich denke vielleicht mehr wie Sie“ (lächelt dabei). Als sie geschüttelt wird, blickt Patientin plötzlich starr in die Höhe, sieht den Arzt an, bleibt munter. Sie erinnert sich, gesprochen zu haben, was sie vorher las, dann (lächelnd) daß sie sogar ein wenig grob war. — Die Kranke zeigt eine eigentümlich fleckige Rötung am Halse; wird dringend ermahnt, nicht mehr untertags einzuschlafen.

Erst Mitte Dezember in rascher Aufeinanderfolge wieder einige Autohypnosen. Die Visite trifft sie in einem solchen Zustande an. Sprachprobe: „Was brauche ich Deinen Dienst, was geht mich Dein Bureau an; mich hast Du zu besuchen. Mathilde, hast Du heute noch Stunde? (Prof.: Ja.) So, also bei wem denn, hinüber in die Lederergasse? (Prof.: Ja.) Sie gehen gar nicht mehr aus, das verbiete ich Ihnen (Prof.: Warum denn?) So, so ich werde Ihnen helfen ... ich möchte nur angeben daß ... (unverständlich) ... (Prof.: Was wollen sie angeben? Geben Sie nur an!) Haben Sie das schon einmal gesehen? (Prof.: Was?) Ich möchte nur sagen ... am Tag um diese Zeit (Prof.: Was geschieht um diese Zeit?) ...“ — Auf Berührung wacht Patientin auf, versichert, es gehe ihr gut; sie ist indessen schlummersüchtig, beginnt sofort wieder zu schlafen; antwortet mit geschlossenen Augen. Sie weiß, daß der Professor an ihrer Seite steht. Als eine Nadel verlangt wird, lacht sie. Auf einen leichten Stich zuckt sie zusammen, öffnet für einen Moment die Augen, schließt sie aber gleich wieder. Plötzlich schreit sie laut auf: „Herr Professor, berühren sie mich nicht, ich verbiete mir das ... (leiser fortfahrend) Sie haben eigentlich keine Veranlassung, mich hier zu behalten. (Die Kranke spricht immer leiser und verliert sich in ein unverständliches Gemurmel.) Ganz unvermittelt ist Patientin auf einmal wach, blickt verständnisvoll vor sich hin, schließt aber gleich wieder die Augen. Auf Kommando macht sie im Schlafe eine Bewegung. — Hypnose durch Verbalsuggestion. Auf die Frage, ob sie schon schlafe, murmelt die Kranke zuerst, dann ruft sie laut: „Nein!“ Wieder

*) Eine Prophezeiung, die seither eingetroffen ist! (Anm. d. Verf.)

Öffnen und Schließen der Augen. Sie erinnert sich ihrer früheren Hypnosen, behauptet immer viel fester geschlafen zu haben als jetzt. Patientin wird aufgefordert, die Uhr anzublicken; Katalepsie erst nach dreimaligem Befehle. Suggestion: Sie werden untertags nicht mehr einschlafen! Stehen Sie auf! Die Kranke folgt erst beim fünften Male unter Nachhilfe, setzt sich gleich wieder, schreit heraus: „Ich will . . . “ (Suggestion: Sie dürfen, sie können nicht sprechen!) Man sieht, wie die Kranke die furchtbarste Anstrengung macht, immer wieder ansetzt, aber nur einen Vokal hervorstößt. Sie springt in die Höhe, schlägt endlich eine grelle Lache auf. Sie wird aufgeweckt. Patientin erklärt, sie fühle sich ganz wohl bis auf ein Zittern im ganzen Körper; sie lag in „gezwungenem Schlafe“, erinnert sich des Auftrages aufzustehen und nichts zu sprechen. Sie konnte wirklich auch nicht sprechen, „nicht der Kopf, wohl aber der Wille war gelähmt“. — Trotz der wiederholten Ermahnung nicht einzuschlafen, nickt die Kranke auch in den folgenden Tagen noch einigemale ein.

23. Dezember. Neuerlich Autohypnose. Patientin hat keine rechte Krankheitseinsicht dafür, weiß auch keinen bestimmten Anlaß für den einzelnen Anfall. Sie erhält einen Ausgang mit ihrem Bruder; empfindet die Außenwelt nicht unangenehm, glaubt, sie könnte wie früher ihrer Mutter im Häuslichen helfen. Wenn ihre Eltern sterben, müßte sie dann eine Stelle antreten.

3. Jänner 1902. Patientin arbeitet dauernd und fleißig, besucht den Vorgarten; schläft gut.

8. Jänner. Heute nachts spricht die Kranke in französischer Sprache laut auf, erinnert sich des Morgens nicht mehr daran.

16. Jänner. Bis zum heutigen Tage vollkommen geordnet. Abends gibt es eine Auseinandersetzung mit einer Mitpatientin. Nachtsüber ist die Kranke sehr laut und störend.

17. Jänner. Bei der Frühvisite liegt Patientin mit geschlossenen Augen äußerungslos zu Bett; über energischen Zuspruch beginnt sie einzelne Worte vor sich hinzumurmeln, die sofort ins Unhörbare verklingen. Es wird vergeblich versucht, mit ihr in Rapport zu treten. Auf schmerzhafte Reize schreit Patientin: „Au!“ Die Aufforderung auf 1, 2, 3 zu erwachen, bleibt wirkungslos, ebenso Anblasen, Aufreißen der Augen; höchstens daß die Kranke einzelne Worte etwas lauter ausstößt. „Wenn ich nicht will, so will ich nicht“ ist unter dem übrigen Gemurmel deutlich zu verstehen. Als der faradische Apparat gebracht wird, beginnt Patientin zu raufen; die nun hervorgestoßenen Worte verraten volles Verständnis der Situation. Die Kranke schreit: „Au weh!“ öffnet über direkten Befehl die Augen, will sie sofort wieder schließen. Sie spricht die Personen ihrer Umgebung richtig an, macht auch sonst passende Bemerkungen: „Sind Sie nicht so grausam!“ Aber erst beim 3. Ansetzen des Pinsels bleibt die Kranke ganz wach, erklärt sich bereit, aufzustehen. Dann erzählt sie im Zusammenhange, daß sie gestern abends grundlos beschimpft wurde; sie schlief ein und delirierte. Heute früh weiß sie genau, daß die Visite bei ihr war, fürchtet jetzt wieder einzuschlafen, bleibt aber wach.

23. Jänner. Patientin spricht noch immer in gewisser Erregung von dem Streite. Wie sie nach der Aufregung einschlafen und sprechen konnte, begreift sie nicht. Bei einer anderen Person habe sie derlei Zustände nie beobachtet. Die Kranke erinnert sich genau an den Inhalt des Gesprochenen, unverständlich Gebliebenen; sie hielt eine Vorlesung über hysterische Schlafzustände. Lebhafte Zuckungen im Gesicht, die Augen schwimmen. Am

27. und 28. Jänner je eine Autohypnose; Patientin spricht von der Abreise eines Onkels.

15. Februar früh wieder ein Schlafzustand, der durch Faradisieren kaum zu coupieren ist; die Kranke erhält dann ein kühles Halbbad, schimpft, wird aber ruhig, nachdem sie zu Bett gebracht worden ist. Am

5. März wird Patientin in der Vorlesung vorgestellt. Einfaches Anstarren genügt, sie in den Schlafzustand zu versetzen: Lippen und Nasenflügel vibrieren stark; die Augenlider zittern. Einzelne abgerissene Worte, die sich in ein Gemurmel verlieren: „Herr Professor . . . ich glaube . . . sie . . . sie . . . haben sie . . . einen . . .“ beginnt leise zu singen: „Willst du in die Zukunft schauen, mußt du ins Grab . . . Ich werde Ihnen das Ganze erklären; die Hypnose hat bei den verschiedenen Menschen . . .“ Die Aufforderung aufzustehen, hat gar keine Wirkung. Nachher schläft Patientin auf der Abteilung weiter, rezitiert einen Monolog aus Don Carlos I. Akt. Endlich gelingt es, einen Rapport mit der Kranken herzustellen und sie unter der Suggestion des Wohlseins aus dem Zustande zu erwecken.

22. März. Schlafanfall von 40 Minuten Dauer. Am

10. April desgleichen.

15. April. Patientin wird wegen eines Sehnenscheidenganglion der rechten Hand an die chirurgische Klinik geführt. Als das Operationsterrain mit Äther gereinigt wird, tritt wiederum ein Schlafanfall auf. Die Kranke weint, lacht, singt, spricht verwirrt. Die Operation kann ohne Lokalanästhesie durchgeführt werden.

1. Juni. Die ganze Zeit über ruhig, zufrieden, unauffällig, erwartet die in Aussicht gestellte Entlassung. Bezüglich ihrer Zukunft ist sie jetzt optimistisch. Vollkommene Krankheitseinsicht.

6. Juni. Retrospektives Examen: Die Affektbetonung der alten Erinnerungen ist noch nicht vollkommen abgeblaßt. Die Patientin versichert, daß jener junge Mann ihre erste und einzige Liebe war, daß sie nach Lösung des Verhältnisses viel träumte, augenscheinlich sexuelle Empfindungen hatte. Sie spricht sich darüber nicht aus, schließt plötzlich die Augen, deckt dieselben mit der einen, dann mit der anderen Hand und murmelt wieder einzelne Worte vor sich hin. Da sie durch Aufforderung nicht zu wecken ist, wird mit Rücksicht auf die abendliche Stunde Isolierung verfügt. Dieselbe ist von prompter Wirkung. Es tritt überhaupt kein Anfall mehr auf.

Im Sommer 1903 eingezogene Erkundigungen bestätigen das Ergebnis eines früheren Besuches, welchen ich der Patientin abstattete. Sie blieb gesund bis auf einige hysterische Charakterzüge: eine gewisse Reizbarkeit und ein nervöses Gebahren. Über direkten ärztlichen Rat wurde sie von der Stadtwohnung fern auf dem Lande gehalten, wo einzelne Anknüpfungspunkte fehlen; sie war sogar fähig, mit ihrer Mutter zusammenzuleben. Seither ist sie, wie ich einer mündlichen Mitteilung verdanke, allerdings wieder erkrankt und der Irrenanstalt übergeben worden.

Hier war es anfangs gar nicht leicht nachzuweisen, daß alles, was die Patientin produzierte, nur Hysterie sei; das Einleitungsstadium schien so ganz dem einer Paranoia zu gleichen. Die genau erhobene Anamnese lieferte allerdings wichtige Anhaltspunkte und die notwendigen psychologischen Bindeglieder zur richtigen Diagnose. Man sieht die Kranke zu Hause gequält von einer hysterischen Mutter, welche gleichzeitig eifersüchtelt und Verfolgungsideen äußert. Patientin erlebt eine schwere Enttäuschung; aus rein finanziellen Gründen zieht sich ihr Bräutigam zurück. Sie ist erotisch veranlagt, verliert sich in Träumereien, während sie sich von der Wirklichkeit abwendet,

von jedem Manne, der sich ihr nähert, auch nur das Schlechteste glaubt. Sie hat Kinder so gerne, hätte am liebsten eigene gehabt. Der Verlobte, der ihr untreu wurde, heiratet eine andere. Zu den Affekten gekränkter Liebe und Eifersucht gesellt sich das Gefühl, ihre Bestimmung verfehlt zu haben. Eben in diesem Momente setzen gleichlautende Gehörstäuschungen ein, die zum Teil vielleicht auch Gehörsempfindungen sein konnten, wie die Beobachtungen auf der Straße. Es machten sich wohl wirklich ein paar Straßenjungen über die sonderbare alte Jungfer lustig.

Nach wiederholten verunglückten Selbstmordversuchen erfolgt endlich ihre Einbringung in die Anstalt und merkwürdigerweise schneidet damit die Krankheit scharf ab. Daß es sich um Dissimulation nicht handelte, ergibt der weitere Verlauf; Patientin wird entlassen.

Im Anschlusse an die Übersiedlung in die Stadtwohnung, wo auch die erste Erkrankung ausgebrochen war, beginnt neuerlich eine psychische Störung. Dieselbe zeigt nicht nur in schönster Weise die Abhängigkeit von der Umgebung, man kann die Diagnose diesmal auch auf einen Krampfanfall stützen. Das Zustandsbild bei der Aufnahme ist diesmal ein anderes. Die Situation der Patientin hat sich gegen früher verschlechtert, die Aussichten auf Verwirklichung ihrer Lebenshoffnung sind noch geringer geworden. Sie klammert sich an die Krankheit und entnimmt ihrer Internierung nicht mehr die Suggestion zur Genesung. Es folgen ganz merkwürdige Symptomenkomplexe, in denen aber immer erotische Beziehungen durchschimmern, neuerlich ein Ohnmachtsanfall. Das Verhalten der Patientin ändert sich erst, sowie man in richtiger Erkenntnis der Natur des Krankheitsprozesses sich mit der Persönlichkeit eingehender zu beschäftigen beginnt.

Die Patientin ist ungemein suggestibel; demgemäß auch außerordentlich leicht zu hypnotisieren, attachiert sich dem Arzte. Der Fall scheint zu beweisen, daß es nicht die Aussprache, das Abreagieren alter Affekte in einem Überschwang von Worten ist, was den Krankheitsprozeß günstig beeinflußt, denn die Patientin hat von ihren Herzensgeheimnissen das meiste nur erraten lassen. Die Examina in der Hypnose riefen wiederholt neue Krankheitserscheinungen, Kunstprodukte hysterischen Gepräges hervor, die an und für sich behandelt werden mußten; und dies gelang, ohne daß man alte Erinnerungen nochmals berührte.

Bald tritt der erste Schlafanfall auf. Patientin ist ohne weiteres durch Anruf zu wecken. Am 13. November lehnen sich übermächtige Affekte, die sie zu verarbeiten nicht imstande ist, gegen den ärztlichen Zuspruch auf und im unmittelbaren Anschlusse an diese Hypnose erlebt man einen Schlafanfall mit affektvoller Reproduktion der letzten Szene und Verzerrung der wahren Empfindung der Kranken. Die Schlafanfälle wiederholen sich in Serien. Die wenig zusammenhängenden Äußerungen, welche da laut werden, sind jenen vollkommen analog, die Patientin ganz am Beginn, zur Zeit ihrer Verwirrtheit vor sich hinsprach, das heißt, der Mechanismus ist der gleiche, der Inhalt ein anderer. Sie knüpft jetzt an die Gegenwart an, wie sie früher an die Vergangenheit sich angelehnt hatte.

Es wird nunmehr ausschließlich Wachsuggestion verwendet und diese einmal durch den faradischen Pinsel unterstützt, der von ganz ausgezeichneter Wirkung ist, einen hohen Einfluß des Willens auf den Ablauf der Zustände beweist. Leider erfolgt Gewöhnung an diesen Schmerz; die späteren Male ist eine Wirkung kaum mehr nachzuweisen. Am 5. März kann man besonders deutlich sehen, wie Hypnose und diese Schlafzustände zusammenhängen. Das einfache

Anblicken weckt die Erinnerung an die Hypnose und als Autohypnose tritt so ein deliranter Schlafzustand ein. Die Genesung hat auffallend lange angehalten; daß die überaus traurigen häuslichen Verhältnisse die Kranke schließlich wieder überwältigten, dürfte niemand wundernehmen.

Solche hypnotische Zustände sind anfangs natürlich als Kunstprodukte zu betrachten. Indem die Mitwirkung der Patientin aktiver, schöpferischer sich gestaltet, indem die Bewußtseinsstörungen scheinbar selbständig eintreten, im Verlaufe der Zeit von der äußeren Beeinflussung sich loslösen und den Autosuggestionen gehorchen, werden selbstständige hysterische Geistesstörungen daraus, hier in der Form von Schlafanfällen. Unter anderen werden auch Fälle dieser Art von den Franzosen als Somnambulismus beschrieben. Aus einem schon genannten Grunde empfiehlt es sich, alle symptomatologischen Bezeichnungen, die man dem psychiatrischen Wortschatze entnimmt, dadurch zu rechtfertigen, daß man sich genau an die geltende Begriffsbestimmung hält. Somnambulismus, durch das deutsche Wort Schlafwandeln vollkommen wiedergegeben, wäre demgemäß auf Patienten einzuschränken, welche Ortsveränderungen, Handlungen auf traumhafter Bewußtseinsstufe aus dem Schlafe heraus vornehmen.

Auch bei der Hysterie trifft man somnambule Zustände sensu strictiori. Nur wachsen dieselben selten direkt aus dem Schlafe hervor; fast immer treten sie ein unter Vermittlung konvulsiver Elemente, oft ausgeprägter Anfälle, so daß eigentlich keine freistehende Geistesstörung vorliegt. Je selbständiger der Somnambulismus wird, um so mehr geht das Verhalten des Patienten von dem eines lebhaft Träumenden zu dem eines anscheinend Wachen über. Der Kranke führt Handlungen aus, die dem trivialen Alltagstun entsprechen; er nimmt von der Außenwelt Notiz, wird aber beherrscht durch Halluzinationen respektive Erinnerungen nach seiner individuellen Eigenheit. Er bewegt sich meist in einem engen Vorstellungskreise, so daß es nur auf Umwegen möglich wird, die Gedankenrichtung zu beinflussen; eher als durch zweckbewußte Worte gelingt dies durch einfache Sinnesreize. Man hat auch mit Erfolg versucht, die hysterischen Somnambulen zu hypnotisieren. Wiewohl oder vielleicht besser, da die Aufmerksamkeit hochgradig eingeschränkt ist, kann die Leistungsfähigkeit im einzelnen gesteigert erscheinen. Als Typus sei ein von Mesnet beschriebener Fall hier kurz wiedergegeben.

Die Patientin hat um 3 Uhr früh schwere Konvulsionen, steht dann auf, kleidet sich an, und zwar ganz allein, schiebt die Möbel weg, die ihr im Wege stehen, ohne anzustoßen, ist viel sorgloser, beweglicher als bei Tage. Sie geht zunächst in den Zimmern herum, öffnet die Türen, steigt in den Garten hinab, läuft, springt über die Bänke, trotz des starren Blickes ganz sicher. Den Ärzten bringt sie keine Aufmerksamkeit entgegen, sie antwortet auf Fragen nicht, betrachtet Menschen nur als Hindernisse, denen sie ausweicht. Die Sensibilität scheint aufgehoben. Vor 5 Uhr begibt sie sich wieder in ihr

Zimmer, kleidet sich schnell aus, legt sich ins Bett und erwacht sofort ohne Spur einer Erinnerung. Zweimal kam es in solchen Anfällen zu Selbstmordversuchen, doch hatte die Kranke vorher die Familie von dieser Absicht verständigt.

Nur als ein ganz rudimentärer Fall kann angereiht werden

Beobachtung XXV.

Franziska P., 21 Jahre alt, katholisch, ledig, Handarbeiterin, kommt am 11. Februar 1899 an die Klinik.

Mutter der Patientin ist dauernd in einer Irrenanstalt interniert; sie selbst überstand als kleines Kind Morbillen, besuchte fünf Klassen Dorfschule mit gutem Erfolge, trotzdem sie schon zu dieser Zeit Anfälle hatte, in denen sie bewußtlos nach rückwärts umfiel, mit dem Kopfe anschlug, doch ohne sich je zu verletzen. Mit 14 Jahren menstruiert. Seither besteht, besonders nach Aufregungen, ein bellender Husten, der von den Ärzten als hysterisch erklärt wurde. Die Kranke behauptet, nie mit einem Manne zu tun gehabt zu haben, was sie aber nicht hinderte, eine Genitalaffektion (Gonorrhöe) zu erwerben. Seit Ende 1898 Schmerzen und Krämpfe zur Zeit der Menses. Weiters krampfartige Schmerzen längs der Sehnen des Vorderarms, Würgen im Halse, wie wenn ein Knödel darin stecken würde, und endlich wiederholt jede zweite bis dritte Nacht Verwirrtheitszustände mit Amnesie; Patientin erfährt erst durch ihre Umgebung, daß sie schreie, phantasiere, ihre Schwester kratze und schlage; nur einmal sei sie über ihr eigenes Schreien erwacht. Labile Stimmung, meist Depression mit Selbstmorddrohungen, veranlassen ihre Internierung. Die Angehörigen erzählen noch von Ohnmachtsanfällen mit Schlingkrämpfen; einmal mußte sie katheterisiert werden. — Kalte, livid verfärbte, schweißige Hände, kalte Füße. Leichte Druckschmerzhaftigkeit der Interkostalräume. Im Epigastrium ein Phantomtumor, linksseitige Ovarie; sämtliche Reflexe lebhaft gesteigert.

Die Internierung und etwas Traitement moral haben den Erfolg, daß Patientin bis zum 17. März 1899 von Anfällen frei bleibt. Sie ist geordnet, arbeitet fleißig.

Am 17. März nachts schreit die Kranke auf, jammert, singt durch etwa 15 Minuten; erinnert sich nachher an nichts. Ebenso am

18. März nachts Husten, Aufschreien, Lachen und Singen durch 15 Minuten; Amnesie.

Energischer Zuspruch wirkt. Patientin wurde dann beurlaubt, bekam auch außer der Anstalt keine Anfälle und konnte am 15. April geheilt entlassen werden.

Eine bis in frühe Kindheit zurückreichende Hysterie, welche sich in Form körperlicher Störungen, sowie in vielgestaltigen Anfällen äußert. Neben einem schön ausgeprägten hysterischen Charakter tritt eine umschriebene Psychose, mit krampfhaften Elementen durchsetzt, ausschließlich zur Nachtzeit auf.

Wiederum sei betont, daß auch der Somnambulismus von den anderen Formen hysterischer Psychose nicht scharf zu trennen ist, daß es genau die gleichen Bilder sind, wie sie bei Tage gesehen werden, nur nennt man sie hier anders, Delirien oder Dämmerzustände. Der Umstand,

daß der Somnambulismus aus dem Schlafe heraus entsteht, begründet tatsächlich nicht mehr als eine verschiedene Benennung der wesensgleichen hysterischen Geistesstörung.

Somnambule Zustände kommen auch im Kindesalter vor und können hier mit Attitudes passionnelles verknüpft sein, so daß man an die Endstadien des klassischen Anfalles erinnert wird. Als Beispiel sei ein Fall Harringtons zitiert.

Ein 15jähriger Junge erhält in einem Streite einen Schlag auf den Kopf; in der folgenden Nacht springt er bei aufgehobenem Bewußtsein im Bette in die Höhe, schlägt um sich und macht die ganze Szene des Streites vom Tage vorher noch einmal durch. Auf Anruf reagiert er absolut nicht. Die gleichen Anfälle wiederholen sich in derselben und den folgenden Nächten sehr oft. In der Zwischenzeit erschien der Knabe vollkommen normal, wußte von nichts. Nach zwei Monaten verschwanden diese Störungen, doch blieb ein leicht erregbares hysterisches Wesen zurück. — Hier spielt sich das somnambule Äquivalent in Form eines Erinnerungsdelirs ab.

Statt aus dem natürlichen Schlafe wachsen somnambule Zustände auch aus einem Schlafanfalle hervor, respektive sie erscheinen in einen solchen eingeschaltet. Den Übergang zu dieser Varietät hysterischer Psychosen bilden die mussitierenden Delirien, die man nach Schlafanfällen beobachtet. Deutlicher ist folgender Kasus (Mesnet).

17jähriges anämisches Mädchen. Patientin scheint aus ihrem Schlafanfalle zu erwachen, hält aber die Augen geschlossen. Sie sieht und hört nicht, bemerkt die umstehenden Personen nur durch das Gefühl; die Hautsensibilität ist gesteigert. Die Augäpfel sind konvulsiv nach innen gerollt. Die Kranke versucht die Lider mit den Fingern zu öffnen und sagt dabei, sie sehe nichts als rot. Sie steht auf, immer mit geschlossenen Augen, zieht sich an, will ausgehen, entwickelt große Kraft, als man sich ihr entgegenstellt. Sie richtet ihr Bett, legt sich hinein, springt aber an die Türe, als jemand aus dem Zimmer geht. Sie spricht viel und rasch, verfällt nach etwa 2 Stunden wieder in lethargischen Schlaf, aus welchem sie mit völliger Erinnerungslosigkeit erwacht. Erfolglose Hypnose verschlimmert die Anfälle, veranlaßt eine Modifikation des somnambulen Delirs; Patientin macht sich über die Ärzte lustig.

Endlich gehen somnambule Zustände aus der Hypnose hervor, spontan oder über ausdrücklichen Wunsch des Hypnotiseurs. Man erhält tatsächlich genau die gleichen Bilder, wenn man einem Medium aufträgt herumzugehen und allerlei Arbeiten zu verrichten. Die Bezeichnung hypnotischer Somnambulismus ist längst eingebürgert und man hat ein Recht, diese Bezeichnung zu gebrauchen, insofern man auch von einem hypnotischen Schlafe spricht. —

Ebenso selten als interessant sind eigenartige Formen akuter hysterischer Geistesstörungen, die wesentlich durch das gesetzmäßige Spiel von Amnesien zustande kommen.

Die einfachste dieser Formen ist die sogenannte Attaque de délire ekmnesique (Espinas, Pitres). Die Erinnerung ist nur bis zu einer

gewissen Zeit erhalten, fehlt für alles Spätere, so daß das Individuum in einer früheren Lebensepoche zu weilen scheint eventuell Kind spielt. Tatsächlich besteht wohl nur die Autosuggestion, wieder so jung zu sein. Die Kranke versetzt sich in die frühere Zeit zurück, ohne die frühere Persönlichkeit zu werden. Als Typus folgender Fall:

Eine Patientin, die seit mehreren Jahren bald an Krämpfen, bald an Schlafzuständen, bald an Anfällen dieses Delirs leidet. Letztere künden sich an durch düstere, träumerische Stimmung, Schluchzen, Muskelzucken, Magenbeschwerden, Globus. Eine Kugel komme vom linken Hypogastrium, durchwandere einigemale den Leib und steige dann unter Angstgefühl zum Herzen. Nun beginnt die Kranke mit lauter Stimme zu reden, sie ist in vergangene Zeiten zurückversetzt. Bald spricht sie als 22jähriges Mädchen mit ihrem Geliebten, bald mit ihren Gespielinnen, lebt als 7jähriges Kind bei ihrer Amme am Lande, pflückt Blumen, summt ein Liedchen, spricht in ländlichem Dialekt. Dabei verkennt Patientin die gegenwärtige Umgebung, scheint Fragen nach späteren Erlebnissen nicht zu verstehen. Hinterher natürlich Amnesie.

Man hat geeignete Medien durch Hypnose dazu gebracht, ganz dieselbe Rolle zu spielen; wieder ein Beweis für die Analogie des hypnotischen und hysterischen Geisteszustandes. In letzterem Falle bewirkt Eigensuggestion das Auftreten von Erscheinungen, die dort ein gebietender, fremder Wille aufzwingt.

Es gibt noch andere Formen von systematisierten Amnesien, welche ungewöhnliche hysterische Krankheitsbilder erzeugen. Charcot und Souques beschreiben einen Kasus, bei welchem im Anschluß an eine erschreckende Nachricht eine delirante Attake auftritt mit nachfolgender retrograder Amnesie bis zu einem bestimmten Tage; auf der anderen Seite schreitet die Amnesie vorwärts, erfaßt alle Ereignisse der Gegenwart: eine sogenannte Amnesie rétro-antérograde. Des Nachts und in der Hypnose waren alle Erinnerungen zu wecken. In demselben Maße als Besserung eintrat, rückte der Tag des Erinnerungsausfalles vor. Ebenso wurden Wahrnehmungen bis zu 24 Stunden im Gedächtnisse behalten. Ein Fall von Séglas und Bonnus erschien durch eine solche retro-anterograde Amnesie verwirrt.

Die Amnesien können Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins bewirken. Da sind in erster Linie die étâts seconds der Franzosen zu verzeichnen. Das Individuum führt gewissermaßen zwei Leben oder richtiger zwei Gedächtnisse. Im Zustande II hat es alles vergessen, was sich in I ereignet; es erinnert sich aber im nächsten II wieder daran. Diese Spaltung der Persönlichkeit ist nicht so befremdlich, wie es auf den ersten Anblick hin scheint; angedeutet war sie schon bei manchen der in extenso hier vorgestellten Hysterischen. In Delirien und Dämmerzuständen tritt gelegentlich eine andere Person an die Stelle der bisherigen (vide Beobachtung XVIII, wo der Kranke seine Persönlichkeit zum Teil aufgibt und sich mit einer zweiten identifiziert). Zu einem État

second wird ein solcher Dämmerzustand durch die mehr weniger regelmäßige Wiederholung sowie dadurch, daß die Erinnerung sich um die beiden Bewußtseinskerne gruppiert. Von dieser Art sind ganz hervorragende Fälle in der Literatur: an der Klinik war keine Gelegenheit solche zu sehen. Sie dürften auch für die Praxis minder wichtig sein als für die Theorie, insofern sie ausgezeichnete Studienobjekte abgeben.

Der erste bemerkenswerte Kasus dieser Art ist die Felida Azams. Bei dieser Person traten von ihrem 14. Lebensjahre an zunächst kurz dauernde, später immer mehr sich ausdehnende États seconds auf. Der Zustand I ist mit Depression verbunden, in II ist die Patientin heiter, gesprächig, liebenswürdig, beweglich, ja übermütig. Der Übergang erfolgt anfangs durch einfache Vorboten, später durch eine Geistesstörung vermittelt. Ideenverwirrung, die Kranke nimmt eine schreckhafte Miene an, erkennt niemanden mehr, hat Gesichts- und Gehörstäuschungen, nach einigen Stunden kommt der Zustand II, der immer länger, schließlich bis 3 Monate dauert und völlige Erinnerungslosigkeit hinterläßt, während die Kranke an das vorhergehende II sich erinnert.

Charcot teilte den Kasus einer 38jährigen Patientin mit, welche nach 6 Jahren hysterischer Anfälle 1884 im Anschlusse an einen État de mal in den II. Zustand geriet, der mit kurzer Unterbrechung bestehen blieb. Das Gedächtnis reichte nur bis 1884 zurück. Die Kranke wußte nichts von ihren Verwandten, von ihrem Heimatsort, dagegen kannte sie alle Personen ihrer jetzigen Umgebung, hat von einer Mitkranken lesen, schreiben und rechnen gelernt. Herrschte man sie an: „Erwach!“ so tritt nach einem skizzierten Anfalle für 5—15 Minuten wieder I auf. Patientin erinnert sich ihres Lebens bis 1884, glaubt dementsprechend jung zu sein, hat alles spätere vergessen.

Hier ist also der gesamte Erinnerungskomplex in zwei Teile reinlich geschieden, die miteinander abwechseln, daher die Bezeichnung „Alternance“. Zustand I umfaßt das ganze frühere Leben, II das Leben von einem bestimmten Zeitpunkte an. In allen diesen Fällen ist es die Amnesie, welche die beiden Zustände auseinander hält. I sowohl als II setzen ihr eigenes Bewußtseinskontinuum fort; die Erlebnisse von I reichen in II nicht hinein. Die Dauer dieser abnormalen Bewußtseinszustände, die meist durch hysterische Anfälle eingeleitet und abgeschlossen werden, schwankt zwischen Minuten und Monaten. Es kann aber auch ein Zustand hartnäckig festgehalten werden. Im Falle als dies I betrifft, führt das zu dem schon besprochenen Delirium ekmnesticum. Ebensogut wurde indes ein dauerndes II beobachtet, gewissermaßen eine andere Persönlichkeit. Diese II-Zustände zeigen im allgemeinen starke Gesichtsfeldeinschränkung, allgemeine Unempfindlichkeit, dafür verschwinden Lähmungen, Kontrakturen, welche in I bestanden. Damit fühlen sich die Kranken wohler, die geistige Leistungsfähigkeit ist scheinbar gesteigert. In der Mehrzahl der Fälle wird Charakterveränderung ad peius hervorgehoben, nur ein 18jähriger Hystericus Camusets war sanft und verträglich, während er sich im Normalzustande streitsüchtig und diebisch aufführte.

Die beiden Zustände können sich immer mehr sondern: so wird von Guinon ein Fall berichtet, wo I sehr kurz dauert, fast nur in der Nacht auftritt; II hat keinerlei Erinnerung an den Bewußtseinsinhalt von I, kennt nur den Namen des Vaters und seine Adresse, lernt allerdings langsam. In noch weiterer Steigerung werden zwei ganz verschiedene Personen daraus, die durch kein Band mehr zusammengehalten sind, wo auch das Bindeglied des „Ich" fehlt, die sogenannte Alienation der Franzosen (Fälle von Dufay, Pitres, Gumpertz).

Letzterer berichtet über ein 9jähriges Mädchen, das sonst ruhig, höflich, bescheiden, anfallsweise motorische Unruhe zeigt, schimpft, kratzt, schlägt, mit kindisch lallender Stimme spricht und sich für ihre verstorbene Tante erklärt; ihre Wohnung sei „Friedensstraße 49 im Himmel".

In einer anderen Form wird dieser völlige Wechsel der Persönlichkeit ausgedrückt, wenn die Kranke von sich selbst in der dritten Person spricht, unter Anführung des Namens, z. B.:

„Marguerite ist unwohl, man soll sie in Ruhe lassen, ich bin Marguerites Freundin, ich liebe sie und fühle, was sie betrifft, mit." Auf ein Anbot geistiger Getränke erwidert diese Patientin: „Ich danke sehr, Marguerite, darf nicht trinken, aber ich bin so frei und nehme gerne an."

Doch gibt es auch da Mischfälle, indem trotz der autosuggestiven Annahme einer fremden Person kein vollständiges Aufgeben des eigenen „Ich" stattfindet, wo also gewissermaßen zwei Persönlichkeiten nebeneinander stehen (Fall von Antonini).

Einem eventuell durch Autohypnose provozierten regelmäßigen II Zustand entsprechen wohl nach allem, was darüber zu erfahren ist, die Trancezustände spiritistischer Medien, so der berühmten Patientin von Flournoy, die sich in den Spirit Leopold verwandelt, welcher früher als Cagliostro die Königin Marie Antoinette geliebt hat, die als indische Prinzessin Sanskrit schreibt oder auf einem fremden Planeten eine Mars- und Uranussprache konstruiert. Insofern spiritistische Séancen zu Erwerbszwecken ausgeführt werden, dürften die Grenzen zwischen Hysterie und Schwindel wieder fließende werden, wie aus dem erst vor kurzem durchgeführten Prozeß gegen das „Blumenmedium" Rothe hervorgeht, die in diesen Trancezuständen auswendig gelernte Bibelstellen zitiert und Gegenstände, die um wenige Pfennige vorher im Bazar gekauft worden waren, aus der Luft auffängt (vide übrigens die ausführliche Publikation Hennebergs).

Es sollen später Fälle zur Sprache kommen, wo aus der einen hysterischen Persönlichkeit, allerdings durch künstliche Einwirkung, mehr als zwei Personen werden. Einen Kasus, der völlig spontan dreierlei Zustände I, II, III, beobachten ließ, bringt Mason.

Alma entwickelt sich als Kind normal, ist gut veranlagt, mit 18 Jahren

längere Zeit neurasthenisch, überangestrengt, zu Ohnmachten geneigt, dann 6 Jahre gesund. Im Anschlusse an eine Typhuspneumonie häufige Ohnmachtsanfälle. Beim Erwachen aus einem solchen nennt Patientin sich Twocy, ist eine ganz andere, ausgesprochen lebhaft, kindisch, mit geringem Wortschatz, ungrammatischem Dialekt, schmerzfrei, weiß nichts von den Erlebnissen und Erfahrungen der ersten Person. Dieses II dauert durch einige Stunden, gelegentlich mehrere Tage, dann kehrt I zurück. I und II wechseln nun miteinander ab, völlig voneinander getrennt, indem jeder Zustand immer dort fortsetzt, wo er zuletzt aufgehört. I hat keine Ahnung von II, wohl aber kennt Twocy die Alma und bewundert sie wegen der Erfahrung, der Geduld im Ertragen von Schmerzen, hinterläßt schriftliche Aufzeichnungen im Dialekt für I. Unter dem Einflusse einer hypnotischen Behandlung wurde II seltener, trat nur noch bei großer Ermüdung und psychischen Erregungen auf. Matrimonium. Twocy kommt noch einmal, verabschiedet sich zugleich, nachdem es III, The Boy angemeldet. Nach einem Ohnmachtsanfall von mehreren Stunden erscheint III, ernst, dreist, kennt verschiedenes nicht, was I gelernt hat, arbeitet sich aber schnell hinein, ist genau über I und II orientiert, besteht oft durch mehrere Tage. Beobachtungsdauer 10 Jahre.

Eine andere Gruppe akuter Psychosen wächst aus dem hysterischen Charakter heraus; allerdings finden sich fließende Übergänge zu den eben besprochenen Formen geistiger Störung, sehr häufig Mischungen, welche eine Abgrenzung unmöglich machen und die innere Einheitlichkeit aller jener Krankheitsbilder zeigen, welche einerseits aus dem Anfalle, andererseits aus dem hysterischen Charakter sich entwickeln. Gelegentlich der Erörterungen des zweiten Kapitels wurde schon festgestellt, daß eine Anzahl psychischer Elementarstörungen im hysterischen Charakter schlummert, die vom praktischen Standpunkte freilich noch nicht als krankhaft aufgefaßt werden, indem man in weiten Kreisen des nichtärztlichen und selbst des ärztlichen Publikums erst dann von Psychose zu sprechen pflegt, wenn das betreffende Individuum der Behandlung in einer geschlossenen Anstalt bedarf.

Solche Elementarstörungen sind z. B. die pathologischen Lügen, die zweckbewußte Erfindung, Verleumdung, Nachahmung, wirkliche Simulation, welche die Patienten mitunter sogar als gemeingefährlich erscheinen läßt. Jene Hysterica der persönlichen Erfahrung, die Rohrzucker in ihrem Harne auflöste und sich dann über die Ärzte moquierte, welche ihren Diabetes nicht nachweisen konnten, ist eigentlich geisteskrank, allerdings harmlos und nicht anstaltsbedürftig. Ernster sind schon die anscheinend nicht so seltenen Fälle junger Mädchen, die durch Ätzmittel eine fortschreitende gangränöse Geschwürsfläche erzeugen und sich damit für das ganze Leben entstellen. Diese typischen Beispiele bewußter und später eingestandener hysterischer Betrügerei, die einem normalen Bewußtsein unverständlich bleiben, da man kein Verständnis für die Motive eines solchen Tuns hat, können ganz gut als akute hysterische Psychose aufgefaßt werden, denn das Individuum wird ent-

larvt, gesteht die Simulation zu, benimmt sich durch einige Zeit wieder relativ geordnet.

Im Wesen des hysterischen Charakters liegt es, daß seine krankhaften Züge durch wechselseitige Einwirkung von seiten der Umgebung sich steigern; die Patienten werden in erhöhtem Maße auffällig und bemühen sich nun, diese Auszeichnung auch wirklich zu verdienen. Namentlich in Sanatorien kann man die sonderbarsten Streiche beobachten, die aus dieser Neigung, Aufmerksamkeit zu erregen, leicht erklärlich werden. Zur Aufnahme in die Irrenanstalt führen die harmloseren Unterhaltungen der Hysterischen kaum je. Doch erzählen auch dort die Patientinnen ganz gerne von ihren Gefühlsperversionen, daß sie Petroleum oder Fußbodenwichse getrunken haben, sich mit Benzin parfümieren etc.

Wichtiger sind die akuten Psychosen, welche pathologischen Affektäußerungen entsprechen. Unvermittelte extreme Gefühlsausbrüche gehören zum Wesen der Hysterie. Die Selbstbeherrschung schwindet einmal so weit, daß die Anstaltsaufnahme der Patientin notwendig wird, ohne daß etwas anderes vorliegen würde, als die abnorme hysterische Reaktion auf einen äußeren Reiz, auf eine wirkliche Beeinträchtigung oder eine Summe vieler kleiner Unannehmlichkeiten, welche endlich die Toleranzschwelle überschreiten. Zur Illustration zwei Fälle aus der letzten Zeit.

Beobachtung XXVI.

Auguste D., 19 Jahre alt, katholisch, ledig, ohne Beschäftigung, kommt am 12. Oktober 1902 an die Klinik.

Ein sehr intelligenter, sympathischer Arbeiter kennt Patientin seit 3 Jahren, lebt seit 2 Jahren mit ihr zusammen. Diesem Verhältnisse entstammt ein Kind. Erst seit Geburt dieses Kindes (23. August 1901) sei die Kranke psychisch auffällig, erregbar; sie fing Streit an, motivierte denselben mit Geldverlegenheit, die auf unnötige Einkäufe folgte. Am 28. August 1902 nach einer Auseinandersetzung wollte Patientin mit dem Kinde ins Wasser gehen, ließ sich indes vom Liebhaber zurückhalten. Später äußerte sie Eifersuchtsideen, drohte, sie würde ihren Geliebten bei eventueller Untreue mit Vitriol anschütten. Zuletzt, da die Person nach 2 Tagen von 10 fl. nichts mehr übrig hatte und keine Rechenschaft ablegen wollte, versuchte sie wiederum mit dem Kinde in den Donaukanal zu springen, wurde jedoch daran gehindert und der Polizei übergeben.

Am Kommissariate erscheint sie orientiert, aber sehr erregt: als Ursache ihres Selbstmordversuches gibt sie rohe Behandlung seitens ihres Geliebten an; sie weiß noch nicht, was sie nun machen werde.

An der Klinik etwas ruhiger, deprimiert; schläft nachts gut.

13. Oktober. Die Kranke ist niedergeschlagener Stimmung, weint zeitweise still vor sich hin. Fragen gegenüber bleibt sie anfangs stumm, später gibt sie flüsternd Antwort; endlich beruhigt sie sich, spricht in gewöhnlichem Ton, bricht nur zeitweise bei irgendeiner Antwort in lautes Schluchzen aus. Patientin örtlich und zeitlich völlig orientiert, gibt geordnet Aufschluß über ihr bisheriges Leben. Sie kenne ihren Geliebten seit

5 Jahren, sei wegen des außerehelichen Kindes von ihren Eltern verstoßen. Sie habe sich schon vor 2 Monaten wegen eines Streites umbringen wollen, zumal er ihr oft mit der Einsperrung ins Irrenhaus drohte; auch gestern war sie so erregt, daß sie das Kind im Arm am Ufer des Donaukanales hin- und herrannte, bis ein Wachmann sie aufgehalten habe. Nun erschöpft Patientin sich in Klagen, man habe ihr das Kind weggenommen, sie wisse nicht, wo es sei. Entschieden erklärt sie, daß sie hier nicht bleibe. Intelligenz intakt.

Anästhesie und Analgesie im Bereiche der Stirne, symmetrisch abgegrenzt. Beide Mammae druckschmerzhaft; um dieselben eine analgetische Zone. Leichte Hypalgesie der ganzen linken Körperseite.

Die Kranke verweigert die Nahrungsaufnahme, ist gereizt, weinerlich, zeitweise unmotiviert heiter, beschwert sich in trotzigem Tone über ihre Internierung.

18. Oktober. Analgesie konstant.

24. Oktober. Über Verbalsuggestion ist die analgetische Zone um die linke Mamma verschwunden.

29. Oktober. Patientin bietet 2 Seelenzustände nebeneinander. Außerhalb der Zeit der ärztlichen Visite ist sie heiter, lebhaft, mit Kolleginnen zum Scherzen aufgelegt, oft ausgelassen. Sie beobachtet alles, was um sie herum vorgeht, berichtet auf Distanz bereitwillig über Vorkommnisse auf der Abteilung. Bei der Visite ist sie meist trauriger Stimmung. Sowie man sich mit ihrer Person beschäftigt, macht sie ein finsteres Gesicht, wirft sich im Grolle auf die andere Seite, ist schroff abweisend, wenn sie nicht im Affektausbruch zu schimpfen beginnt. Den sie besuchenden Liebhaber quält sie mit Eifersucht, schmäht ihn, behauptet, er habe es darauf angelegt, sie ins Irrenhaus zu bringen.

3. November. Erregt, weint; schleudert den Ärzten die Mitteilung entgegen, sie habe ihr Kind nachts weinen gehört.

5. November. Die Kranke bleibt auch über logische Vorhalte dabei, daß ihr Kind hier geschrien habe; man empfängt den Eindruck der Unaufrichtigkeit. Sie hetzt Mitpatientinnen auf, den Ärzten gegenüber unfreundlich zu sein. Doch gelingt es mit Anwendung einiger Geduld, sie ziemlich zu beeinflussen und durch steten Zuspruch selbst die Reizbarkeit zurückzudrängen.

9. November. Die Kranke beginnt sich zu beschäftigen; die Stimmung schwankt fast innerhalb physiologischer Breite. Sie fordert nicht mehr so stürmisch ihre Entlassung; erklärt sich endlich sogar bereit, den Eltern einen versöhnlichen Brief zu schreiben.

13. November. Analgesien vollkommen geschwunden.

20. November. Geordnet, einsichtig; nur ausnahmsweise depressive Verstimmung. Sie erklärt ganz ruhig, daß sie an Selbstmord nicht mehr denke. Am

29. November 1902 wird Patientin als geheilt zu ihren Eltern entlassen.

Am 9. September 1903 wird die Person zum Amte gebracht mit der Anzeige, daß sie sich in die Donau stürzen wolle. Sie ist sehr einsilbig, verweigert die Angabe des Namens, nennt sich endlich (ganz falsch) Dörfler. Das Leben freue sie nicht, sie wolle sich daher umbringen. An die Klinik kommt sie noch unter dem falschen Namen, doch schon in heiterer Stimmung; sie wiederholt jetzt lachend, sie wolle nicht mehr leben, weil es sie nicht mehr freue. Schläft des Nachts.

10. September. In bummelwitziger Laune erklärt die Patientin, ihr früherer Name gefalle ihr nicht, darum habe sie sich den jetzigen beigelegt; sie finde das ganz in der Ordnung. In zusammenhängender Darstellung be-

richtet sie dann über die Zwischenzeit. Sie war zunächst bei den Eltern im Häuslichen und bei der Feldarbeit beschäftigt, mußte aber zu ihrer Entbindung (10. Juni 1903) wieder nach Wien. Ihre Gravidität habe sie an der Klinik seinerzeit verschwiegen, da die Ärzte ja doch nicht alles wissen müßten. Nach dem Partus erkrankte sie an Fieber; die Kosten des Unterhaltes wurden von ihrem Geliebten bestritten, bei dem sie auch wohnte. Sie hatte die Absicht, denselben zu heiraten, sei bereits zweimal aufgeboten worden; am 20. September wäre Hochzeit gewesen. Gestern nun ging sie am Ufer des Donaukanales auf und ab; als ein Wachmann auf sie los kam, teilte sie demselben mit, daß sie ins Wasser springen wolle. Ihren Lebensüberdruß kann sie nicht motivieren; sie glaube, daß sie mit ihrem Bräutigam nicht glücklich werde. Auf logische Vorhalte folgen affektvolle Gebärden. Ihr Benehmen ist überhaupt affektiert; körperliche Untersuchung lehnt sie von vornherein ab; nur nach langem Parlamentieren läßt sich feststellen, daß die Stirne und beide Handrücken analgetisch sind.

11. September. Patientin verlangt sofort Kostaufbesserung, die ihr aus therapeutischen Gründen abgeschlagen wird; daraufhin erklärt die Kranke, sie werde überhaupt nicht essen.

13. September. Dem zielbewußten Vorgehen gegenüber fügt sie sich; die Reizbarkeit ist diesmal auffallend gering. Sie hatte gynäkologische Behandlung verweigert; wenige, aber entschiedene Worte des Arztes genügen und sie geht in die Ambulanz. Grundstimmung anscheinend euphorisch, trotzdem Patientin dauernd knapp gehalten wird.

15. September. Verlangt heute nach ihrer Entlassung, schreibt einen ganz geordneten Brief nach Hause, man möge sie erwarten. Da sie sich die Zeit über vollkommen normal benimmt, gab man ihr am

19. September sogar einen freien Ausgang ohne Begleitung behufs Ordnung ihrer Angelegenheiten. Sie wählte selbst eine Stunde, zu der sie ihrem Bräutigam nicht begegnen konnte und kam pünktlich zurück. Am

20. September 1903 fuhr sie dann in die Heimat.

Eigentlich nichts anderes als ein zur Psychose ausgewachsener hysterischer Charakter. Patientin ist verlogen, eifersüchtig reizbar; sie vermag mit dem Gelde nicht umzugehen, eine Eigenschaft, die man bei vielen Hysterischen findet. Es gefällt ihr etwas, sie kauft impulsiv, ebenso rasch verliert sie die Freude daran wieder, kauft etwas Neues; zu alledem fehlt die Kritik, welche die Ausgaben in entsprechenden Grenzen hält. Ihr Geliebter stellt sie zur Rede; nun kommt als probates Mittel der zweimalige Versuch mit dem Kinde ins Wasser zu gehen, und sie kann den Spieß umdrehen. So weit hat ihr Liebhaber es gebracht; in die Irrenanstalt läßt er sie sperren! Vielleicht darf man auch sagen, eine nur ins Hysterische gesteigerte weibliche Logik. — Durch stete Einwirkung auf die sehr suggestible Patientin gelingt es allmählich, sie entlassungsfähig zu machen. Erst nach einem Jahre kommt sie wieder, diesmal mit etwas durchsichtigerer Ätiologie. Wie sie schließlich selbst klar ausspricht, fühlt sie in dem Liebhaber die Ursache ihrer Krankheit. In ihm sieht sie die Quelle ihres Unglückes, obendrein kann er nicht alle ihre Ansprüche befriedigen, ihre Träume erfüllen; der Kindersegen scheint ihr direkt gegen den Strich zu gehen. Sie ist aber materiell von ihm abhängig, vermag auf eigenen Füßen nicht zu stehen. Auch jetzt hat sie ihn aufgesucht, weil sie ihn brauchte; der bestgemeinte Vorschlag zu heiraten, stammt von ihm. Sie wehrt sich dagegen, aber im Gefühl ihrer Abhängigkeit und Schwäche, nicht direkt; sie

sucht vielmehr die Anstalt auf, die sie, aller Verpflichtungen ledig, den Eltern wieder zuführt. Wahre Befriedigung bietet ihr das einförmige und arbeitsreiche Landleben nicht; in absehbarer Zeit wird es sie wiederum in die Großstadt ziehen; die Hoffnung, hier das Glück zu finden, wird abermals getäuscht werden. Die Lösung jeder schwierigen Situation verbürgt ihr aber ihre Krankheit, die im kritischen Momente helfend einspringt.

Etwas komplizierter ist die folgende

Beobachtung XXVII.

Vinzenzia R., geboren 1878, katholisch, ledig, Dienstmädchen, kommt am 25. Mai 1899 an die Klinik.

Patientin machte mit fünf Jahren Masern durch, absolvierte fünf Klassen Volksschule mit mäßigem Erfolge. Seit einem Ohrenleiden im 17. Lebensjahre ist sie am rechten Ohre taub, links schwerhörig, doch in sehr wechselndem Grade. Mit der Pubertät änderte sich das psychische Verhalten der Kranken; sie wurde ängstlich, reizbar, leicht verletzlich, jähzornig, traf mehrfach Anstalten zum Selbstmord. Einmal wollte sie ins Wasser springen, ein zweites Mal sich mit Zündhölzchen, ein drittes Mal mit Laugenstein vergiften. Konvulsive Zustände waren nie vorhanden; nur verfiel Patientin in Weinen und Schluchzen bei der geringsten Kleinigkeit. — Wegen Genitalblutungen (fraglicher Abortus) wird sie auf eine chirurgische Abteilung aufgenommen; sie stört durch unaufhörliches Weinen und Jammern und muß auf das Beobachtungszimmer transferiert werden.

Daselbst ist sie weinerlich, äußert Taedium vitae, weil sie das Leben nicht mehr freue. — Hyperästhesie am Abdomen und Oberschenkeln; subjektiv Clavus, hie und da Globus.

21. April. Die Kranke klagt beständig über Bauchschmerzen ohne nachweisbare Ursache; sie geht nur mit vorgebeugtem Oberkörper; wenn sie sich aber unbeobachtet glaubt, ist der Gang ganz normal. Nachts unruhig, verlangt nach einem Umschlag, den sie selbst in der kürzesten Zeit wieder entfernt.

23. April. Ruhig, wünscht Kostaufbesserung.

28. April. Dringt auf sofortige Entlassung, um sich ins Wasser stürzen zu können.

1. Mai. Fängt ohne nachweisbaren Grund zu lärmen an, schläft gut auf Wasserinjektion.

6. Mai. Patientin springt plötzlich auf, wälzt sich am Boden, schreit, sie müsse wegen starker Bauchschmerzen wahnsinnig werden. Nach eingetretener Beruhigung erzählt sie, sie habe eine große Menge Indianer und ein Meer voll Blut mit vielen Leichen in lebhafter Bewegung gesehen. Diese Halluzinationen traten nur in der linken Gesichtsfeldhälfte auf.

10. Mai. Klar, sieht links die tote Mutter, welche ihr winke. Wünscht Gift, um zu sterben.

23. Mai. Bereitet neuerlich Selbstmordversuche vor.

In die Irrenanstalt kommt die Kranke ganz heiter; sie geht singend mit Blumen in der Hand umher, spricht unaufhörlich, aber recht einfältig.

26. Mai. In höchster Aufregung heult und weint Patientin, sie habe nichts getan und man lasse sie nicht hinaus. Sie beruhigt sich jedoch sofort und erzählt ihre Lebensgeschichte. Wegen einer bösen Stiefmutter sei sie vor Jahren vom Hause weggelaufen, in den verschiedenen Dienstplätzen hielt sie es nirgends lange aus (neuerlich ein Weinparoxysmus). Zuletzt wohnte sie mit ihrem Geliebten zusammen; wo? das sage sie nicht; eher lasse sie sich

„das Herz herausreißen". Nach einem im zweiten Monate eingetretenen Abortus suchte sie wegen Schmerzen das Krankenhaus auf. Wenn sie gewußt, wohin sie komme, hätte sie sich umgebracht. „Lieber sterben, als hier bleiben." Auf die Frage nach Halluzinationen und Anfällen gerät sie in große Aufregung und beteuert entrüstet, daß sie nie Anfälle habe und ganz gesund sei. In zornigem Affekt verlangt sie schließlich ihre Entlassung. — Im fünften Interkostalraum links ein Druckpunkt; linksseitige Ovarie. Im Gegensatze dazu ist die linke Seite sonst analgetisch, besteht Hyperästhesie und Hyperalgesie auch der tiefen Teile rechts.

26. Mai. Patientin schreit, drängt hinaus. Nachts guter Schlaf.

27. Mai. Früh abweisend, zieht bei Annäherung des Arztes die Decke über den Kopf, schimpft, es sei ihr zu fad, sie lasse sich nicht einsperren.

30. Mai. Seit zwei Tagen ganz ruhig, geordnet, beschäftigt sich mit häuslichen Arbeiten, klagt über Genitalblutungen.

1. Juli. Die Reizbarkeit gänzlich geschwunden; die Kranke ist ungemein erotisch, lacht beim Herannahen der Ärzte in ganz läppischer Weise, tollt oft ausgelassen durch die Zimmer, bemüht sich dann wieder, einen elegischen Ton anzuschlagen, spricht von ihrem gebrochenen Herzen, daß sie verführt wurde etc.

28. Juli. Sie kommt von einem Urlaube vorzeitig und freiwillig zurück, ist sehr deprimiert. Die Schwester erzählt, daß Patientin in der Nacht auf sie hinstürzte, sie gewürgt und gebissen habe. Die Kranke ist dafür amnestisch; sie weiß nur, daß sie schreckhaft von Toten und Feuer träumte. Nach zwei Tagen wieder das frühere läppische, heitere Verhalten.

In den folgenden Monaten leicht querulierend, von stets sich steigernder Reizbarkeit. Schlägt man ihr einen Wunsch ab, so erfolgen heftige Ausbrüche, die das Gepräge eines pathologischen Affekts, hochgradige Bewußtseinsstörung verraten. Patientin beruhigt sich aber immer gleich wieder. Um der drohenden Transferierung in die heimatliche Irrenanstalt zu entgehen, welche die Kranke außerordentlich zu fürchten scheint, wird ihrem dringenden Wunsche entsprechend versucht, sie in häusliche Pflege abzuschreiben. Als ihre Schwester sie abholen kommt, beginnt Patientin ohne ein Wort zu sprechen krampfhaft zu weinen, dann zu toben, schlägt Fensterscheiben ein und kann nur mit Mühe überwältigt werden. Sie schläft ein, erwacht erinnerungslos.

Im folgenden nimmt die Reizbarkeit noch weiter zu. Die Kranke fordert unaufhörlich ihre Entlassung, die sie doch selbst wiederholt unmöglich machte, gerät bei ablehnender Antwort in tobsüchtige Erregung, schlägt Fensterscheiben ein, scheint dabei lebhaft zu halluzinieren. Sie ist von außen in keiner Weise zu beeinflußen, haut mit den durch Glasscherben verletzten Händen blind wütend um sich, wendet sich oft in eine bestimmte Richtung, schreit und schimpft gegen imaginäre Feinde: „Ihr Mörder, Ihr habt meine Mutter umgebracht, jetzt wollt Ihr mich umbringen" etc. Nach einigen Stunden klingen diese Ausnahmszustände durch einen Schlaf kritisch ab; Patientin ist dann völlig amnestisch.

14. Dezember 1899. Als die Kranke abtransferiert wird, äußert sie, sie werde den Ärzten zum Trotze recht brav sein, um bald entlassen zu werden. Das ist ihr auch gelungen.

Über die Diagnose „Hysterie" ist wohl kein Wort zu verlieren. Betont sei, daß die Patientin zweimal ihre Entlassung vereitelt, daß sie zuerst krank

sein will, während eine Ortsveränderung prompte Genesung herbeiführt; diesmal auf Grund ausgesprochener Eigensuggestion. Neben dieser Suggestibilität und einer Unzahl hysterischer Einzelstörungen auf Grundlage eines hysterischen Charakters beherrschen die pathologischen Affekte das Bild.

Derart stürmische Ausbrüche führen in den allermeisten Fällen auf dem Umwege durch einen Selbstmordversuch zur Aufnahme, wie bei den zwei letzten Patientinnen. Die Hysterie greift in ihrer Übertreibungssucht gleich zum äußersten Mittel und es entspricht mehr dem Charakter des Weibes, passiv auf das eigene Leben zu verzichten, als aktiv gegen ein fremdes loszugehen. Totschlag im Affekt erwartet man wohl nur von hypermodernen Frauenrechtlerinnen. Hat ein Weib Absichten gegen fremdes Leben, dann spielt der Giftmord, welcher nur Verschlagenheit, aber keine Körperkraft, kein Einsetzen der physischen Persönlichkeit erfordert, die größte Rolle; die Affekthandlungen aber beschränken sich auf Angriffe mit zur Hand liegenden Wurfgeschossen, auf ein Vitriolattentat, welches nicht den Kopf kostet, und den Selbstmordversuch.

Es gibt Hysterische, welche geradezu selbstmordsüchtig sind und eine Unzahl Tentamina suicidii, freilich alle mit glücklichem Erfolge überstanden haben. Die Beurteilung der hysterischen Selbstmordversuche ist ebenso wechselnd, wie die Auffassung des Verhaltens dieser Kranken überhaupt. Während einzelne Autoren versichern, daß es den Hysterischen bitter ernst sei mit dem Lebensüberdruß, wird von anderer Seite auf das Theatralische des Unternehmens, auf die umständliche Vorbereitung hingewiesen, endlich auf die zahlreichen Erfahrungen, denen eine große Anzahl eigener angeschlossen werden kann, daß die Hysterischen Selbstmordversuche nur unternehmen unter Bedingungen, wo sie nicht reüssieren können: so der Versuch, aus dem Fenster zu springen in Gegenwart des Arztes; sich aufzuhängen vor den Augen der Leute; ins Wasser zu gehen nachdem gemächlich alle Kleidungsstücke abgelegt worden sind, was, nicht unbemerkt bleibt. Freilich kommt es auch da zu Unglücksfällen; so stürzte sich ein junges Mädchen eigener Beobachtung aus dem Parterrefenster; sie kam auch richtig auf die Füße zu stehen, glitt aber aus und brach sich dabei die Lendenwirbelsäule. Ebenso können Vergiftungsversuche zu einem tödlichen Ende führen, da die Patientinnen die heimtückischen Wirkungen mancher Gifte nicht kennen. Sonst aber haben die Hysterischen wohl immer ihren besonderen Schutzengel, d. h. der Wille zum Leben ist so mächtig, daß er das Gelingen des Selbstmordes vereitelt. Und tatsächlich ist die Zahl geglückter Selbstmorde hysterischer Kranker eine verschwindend kleine; während man eine traurig große Zahl von Melancholikern kennt, die trotz der strengsten Aufsicht sich das Leben zu nehmen verstanden.

Eine Mehrzahl der in Rede stehenden Patienten spielt mit dem Gedanken des Selbstmordes; es wird damit kokettiert, gedroht, die

Familie in Atem gehalten, ohne daß es den Kranken auch nur im mindesten ernst damit wäre, wie sie in einer Anwandlung von Aufrichtigkeit selbst zugeben und wie ihr sonst oft sehr lebenslustiges und genußsüchtiges Gebaren zeigt. Läßt die besorgte Umgebung sich schrecken, dann wird so eine Patientin, die den Lebensüberdruß stets im Munde führt, einer Irrenanstalt überantwortet; merkwürdig ist, daß das Taedium vitae auch hier noch betont wird und die Entlassung erschwert. Nachdem diese Kranken ihre Selbstmordabsichten niemals dissimulieren, sollte man eigentlich annehmen, die Internierung werde geradezu angestrebt. Anderemale drängt es sich auf, daß die Hysterischen mit ihren Drohungen ganz bestimmte Zwecke verfolgen, z. B. nach einem Krimen sich der Verantwortlichkeit entziehen wollen. Die Unterscheidung gegenüber einer Melancholie ist wohl immer leicht zu treffen, weil die gesamte Stimmung weniger eine deprimierte als eine erregte ist, Auflehnung gegen die Umgebung vorherrscht.

Die Affektausbrüche der Hysterischen können in fließendem Übergange zu Äquivalenten sich entwickeln in deren vielgestaltigen Formen. Wenn die Affekte eine gewisse Höhe erreichen, so trübt sich immer das Bewußtsein; das geschieht schon bei maßlosen Affekten Gesunder, um so leichter bei Hysterischen; demgemäß folgen dann Erinnerungslücken, Amnesien. Gleichzeitig treten motorische Reizerscheinungen hervor. Die Patienten wälzen sich am Boden, schleudern ihre Gliedmaßen herum — ein rudimentärer Krampf, oder sie raufen blind wütend, zerreißen ihre Kleider, schlagen, beißen, spucken auf die Umgebung los — ein Tobsuchtsanfall, oder sie delirieren. Hier trifft man auf eine Eigentümlichkeit, die zum Wesen der Hysterie gehört: Die Neigung zu Sinnestäuschungen, zu rudimentären Delirien. Es gibt Hysterische, die, man könnte sagen, de norma in jedem Affekt halluzinieren.

Eine letzte Gruppe hysterischer Geistesstörungen leitet bereits zu den chronischen Psychosen hinüber; es sind jene, bei denen ein anderes Symptom des hysterischen Charakters, der Krankheitswille, dominiert. Nur psychologisch können die hier eingereihten von den übrigen Formen hysterischer Geistesstörung unterschieden werden; denn oft genug sticht der Krankheitswille hervor. Hier aber sind die Patientinnen krank, nicht um der Krankheit, sondern um ganz bestimmter Zwecke willen.

Dazu bedarf es in vielen Fällen nicht einmal einer Geistesstörung; es genügen die körperlichen Erscheinungen der Hysterie, besonders die Anfälle. Dieselben häufen sich so weit, daß mit der Patientin nichts mehr anzufangen ist; man muß entweder nachgeben oder sie einer Anstalt überantworten. Insofern krankhafte Eigensuggestionen zum ausschlaggebenden Impuls werden, darf man von einer Psychose engeren Sinnes sprechen, auch wenn fast nur körperliche Symptome erkennbar sind. Ließe man die Störung im Seelenleben hier außer acht, so würde die

Krankengeschichte nichts verzeichnen als ein Durcheinander körperlicher Symptome, regellos auftretender Krämpfe. Zu seiner Überraschung gewahrt man bei der psychologischen Analyse ein geistiges Band, das alle diese Erscheinungen zusammenhält; das Auftauchen jedes einzelnen Symptoms ist zeitlich und nach seiner Formengestaltung bedingt. Die ganze Krankheit verläuft gleichsam nach einem wohl durchdachten Plane, man möchte glauben, auf Grund von bewußter Überlegung; die Paroxysmen gehorchen psychischen Gesetzen. Diese Fälle sind sehr wichtig, weil sie die Einheit der Psychose Hysterie beweisen; sie scheinen auch viel häufiger als man gemeinhin annimmt. Es lassen sich zwei Gruppen unterscheiden:

Erstens eine aktive Form, die sich nur bei jugendlichen Individuen findet; Kranke, die der Umgebung ihren Eigensinn aufzwingen wollen. Es sind Hysterische, die mit dem Leben keineswegs abgeschlossen haben, bei denen sich Reizvorgänge im Nervensystem abspielen, hin und wieder stürmische Affektausbrüche, dazu Simulation, das Bild recht vielgestaltig machen. Einen Kasus, wo eigentlich Anfälle ausreichen, um das Gewünschte durchzusetzen, repräsentiert

Beobachtung XXVIII.

Rosa K., geboren 1883, kath., ledig, Kleidermacherin, wird wegen ihrer hysterischen Anfälle an die Klinik gebracht (April 1902).

Ein kleines, graziles, sehr blasses, mit außerordentlich erregbaren Vasomotoren ausgestattetes Mädchen, das eine leichte Differenz der Sehnenreflexe, Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, linksseitige Ovarie erkennen läßt.

Mutter starb an Tuberkulose. Schwerer Geburtsakt. Die Patientin überstand mehrfach Kinderkrankheiten. Die ersten Anzeichen von „Nervosität“ stellten sich im 12. Lebensjahre ein. Die früher immer lustige Patientin begann zu „denken“. Aus der Schule kam sie in ein Kloster zur weiteren Ausbildung. Dort wurde sie tiefsinnig, wollte gleich ganz bei den Schwestern bleiben. Damit war der Vater nicht einverstanden; er nahm sie aus dem Kloster. Die Kranke hatte seitdem an nichts mehr Freude, am ehesten wäre sie noch Industriallehrerin oder Buchhalterin geworden; der Vater zwang sie aber Kleidermachen zu lernen. Patientin fügte sich mit innerem Widerstreben; das Kloster ging ihr nicht mehr aus dem Kopf. Sie wurde immer bigotter; Schwärmerei für Geistliche hatte von jeher bestanden, nun ging sie täglich in die Kirche, trat einem frommen Vereine bei. Ohnmachtsanfälle bestehen seit 5, hysterische Krampfanfälle seit 2 Jahren, zeitweise gehäuft, nur ausnahmsweise von Delirien gefolgt.

Patientin von stillem, so recht gottergebenem Wesen, liegt ruhig, wunschlos zu Bett, hat die ersten Tage regelmäßig je 2 Anfälle. Vor denselben fühle sie nur Bangigkeit, dann verliere sie nicht ganz das Bewußtsein, sie höre sprechen, verstehe aber nicht. Auftrag: Die Anfälle müssen aufhören.

Tatsächlich hat Patientin bis zum 21. April täglich nur mehr je einen Paroxysmus; immer abends außer der Zeit der Visite. Als heute der Arzt gerufen wird, ist der Krampf schon vorrüber. Die Kranke bestätigt, daß sie einen solchen hatte; sie wußte alles, was um sie herum vorging; nur konnte sie sich nicht rühren. Als der Arzt fortgehen will, beginnt sogleich ein neuer

Anfall. Patientin wird ganz steif, bohrt das Hinterhaupt in die Kissen, schließt die Augen. Öffnet man dieselben gewaltsam, so sieht man, daß die Sehachsen auf die Nasenspitze eingestellt sind. Nach wenigen Augenblicken gehen die Bulbi gerade aus, um dann neuerlich zu konvergieren. In kurzen Pausen erfolgen ruckartige Stöße, symmetrisch mit beiden Armen, Aufbäumen von Brust und Bauch. Die Kranke reagiert auf keinen Anruf, keinen Nadelstich. Dauer des Anfalles $^3/_4$ Stunden.

Patientin gewöhnt sich langsam ein, wird freier, manchmal leicht heiter; sie erholt sich auch körperlich, verläßt am 24. April das Bett; an diesem Tage kein Anfall, ebensowenig am 25., wo mit dem ausführlichen Examen begonnen wird.

Das junge Mädchen ist außerordentlich intelligent und berichtet in formgewandter Darstellung über ihre Lebensverhältnisse. Als die Kranke $4^1/_2$ Jahre alt war, starb ihre Mutter; indessen machte das keinen Eindruck auf sie; ebensowenig als der Vater noch im selben Jahre wieder heiratete. Im Alter von 12 Jahren sah sie einmal, wie ein Kind in die Pferde lief; sonst ist kein psychisches Trauma zu eruieren. Patientin hatte schon früh ausgesprochene Sympathien und Antipathien. So fühlte sie sich zu ihrem Religionslehrer außerordentlich hingezogen. Sie wurde von demselben mit einigen Kolleginnen öfters eingeladen; daraus entstanden Tratschereien, weshalb ihr der Vater den Besuch des Pfarrhofes verbot. Sie ging trotzdem hin, wich erst bösen Gerüchten und einem anonymen Briefe. Dann kam sie ins Halbinternat zu den Barmherzigen Schwestern. Zu Hause gab es erregte Auseinandersetzungen wegen ihrer übergroßen Frömmigkeit, ihr Vater machte ihr Schwierigkeiten, wenn sie die Fastengebote aufs strengste einhalten wollte. Während sie sich ärgerte, wenn man vom Heiraten sprach, kein Verständnis für die Ehe hatte, gefiel ihr das Klosterleben sehr gut; sie ließ sich durch den geistlichen Direktor zu allen möglichen Andachtsübungen bestimmen. Um diese Zeit dachte sie viel an die Untreue einer früheren Freundin, litt unter den häuslichen Zwistigkeiten, verlor den Appetit.

Nun begann ihr schlecht zu werden, besonders in der Kirche, die sie täglich besuchte; so wie sie an die frische Luft trat, war es wieder gut. Einmal beichtete sie, daß es über ihre Beziehungen zu jenem Geistlichen Tratschereien gegeben habe; sie sprach sich aber nicht aus und macht sich jetzt noch Vorwürfe darüber, daß sie nicht alles klarlegte. Als nach dieser Beichte der Priester abspeisen kam, wurde sie das erste Mal ohnmächtig; sie verlor vollkommen das Bewußtsein, fühlte nicht, daß sie umfiel; ewachte in den Armen einer Frau. Diese Ohnmachten wiederholten sich öfters; besonders in der Kirche und bei den unerfreulichen Diskussionen zu Hause. Ihr Entschluß ins Kloster zu gehen war jetzt unerschütterlich. Der erste große Anfall ereignete sich im Jahre 1901 gelegentlich geistlicher Exerzitien in St. P. Patientin gibt folgende Darstellung. Sie traf übermüdet in dieser Stadt ein, aß mangelhaft, lief noch herum, Sehenswürdigkeiten besichtigen. In der Kirche hatte sie ihren bestimmten Platz in der Nähe des Ausganges; die ganze Umgebung wußte, daß sie an Ohnmachten leide. Die Kranke war in einer gewissen Spannung, sie wollte ihren Kolleginnen die Freude nicht machen, bei der schönen Rede des Geistlichen zu weinen, beherrschte sich gewaltsam, doch in der Befürchtung, es könnte etwas geschehen. Nun trat der erste Anfall auf und wiederholte sich in kurzen Zwischenräumen, so daß binnen $3^1/_2$ Tagen 40 Anfälle kamen. Von ihr gingen die Anfälle auf einen Teil ihrer Freundinnen über. Eine regelrechte psychische Epidemie!

Das postparoxysmelle Delirium, das nur außerordentlich selten auftritt, ist die Umbildung eines wirklichen Erlebnisses. Eine Kollegin und Freundin lud sie zu sich und machte ihr eine Eifersuchtsszene: sie gehe immer nur dann in die Kirche, wenn ihr Beichtvater Dienst habe. Dabei schien der Patientin dieses Frauenzimmer ganz verändert im Gesichte, wie eine wilde Katze; Katze auch darum, weil sie so falsch war und anonyme Briefe geschrieben respektive gefälscht hatte. Nach einigen schlechten Nächten fühlte die Kranke dann einen Druck, wie wenn dieses Frauenzimmer wirklich als wilde Katze sie bedrängte, und sie halluzinierte dieses Bild.

Die Patientin ist von unerschütterlicher Frömmigkeit, hält namentlich an allen Äußerlichkeiten der Religion fest; sie erkannte von jeher nur die Autorität des Katecheten an, tat ihm alles zu Gefallen, verweigerte anderen Personen den Gehorsam. Sie erscheint von gleichmäßiger innerer Heiterkeit erfüllt, läßt nach außen gar nicht merken, daß ihr etwas nahegeht, ist aber doch sehr empfindlich gegen die kleinlichsten Auseinandersetzungen. Sie schluckt jeden Widerspruch hinunter, handelt nach eigenem Willen. Das Gedächtnis scheint treu, für Lügen ist kein Anhaltspunkt zu gewinnen. Neigung zu Eifersüchteleien; schon als Kind bemerkte sie, daß die Mutter ihre andere Schwester lieber hatte. Warum sie mit den Eltern nicht auskommt, weiß sie nicht zu erklären. Im Kloster habe man sie so liebevoll behandelt und zu Hause gebe es immer Streit. Am

26. April noch ein Anfall. Patientin verlangt nach ihrem Beichtvater; sie wolle sich aussprechen. Läßt sich aber dahin bringen, mit dem Anstaltsseelsorger vorlieb zu nehmen. Am

29. April, 2. und 6. Mai je ein leichter Anfall.

8. Mai. Nach mancherlei Schwierigkeiten und Mißverständnissen findet die Unterredung mit dem Geistlichen statt, welcher die Kranke an die Ärzte verweist. Depression; Patientin legt sich ins Bett.

9. Mai. Verlangt spontan, dem Arzte alles anvertrauen zu dürfen. Sie habe ihren Katecheten wirklich geliebt, ist überzeugt, daß auch er sie liebte. Eine Reihe von Mädchen war wiederholt zur Jause in den Pfarrhof eingeladen, dann erschien sie auch allein dort, wurde von dem Pater bevorzugt. Um so empörter war sie über die anonymen Briefe, mit denen man sie auseinandertrieb.

15. Mai. Nachmittags Besuch des Vaters. Patientin beklagt sich dann, daß sie aufs Land solle, was gegen ihren Willen sei.

16. Mai. Liegt heute zu Bett; sie habe sich gestern so aufgeregt (was ihr übrigens nicht anzumerken war). Sie wolle lieber hierorts in ein Konfektionsgeschäft eintreten. Motiviert die Antipathie gegen einen Landaufenthalt damit, daß sie dort in ihren Religionsübungen zu kontrolliert sei. Nur in Wien könne man ohne Aufsehen täglich in die Kirche gehen. Die Kranke läßt durchblicken, daß persönliche Beziehungen noch mitspielen. — Während die Patientin dem Vater gegenüber trotzig ist, gelingt es dem Arzte leicht, durch Zuspruch sie beliebig zu dirigieren. Es wird ihr aufgetragen, sich des Klostergelöbnisses für die nächste Zeit entbinden zu lassen. Sie müsse ganz gesund sein und sich überzeugt haben, daß sie für das Leben in der Welt nicht tauge. Über ein paar freundliche Worte erklärt sie sich sogar damit einverstanden, aufs Land zu gehen. Seit dem 6. Mai vollkommen anfallsfrei, arbeitet regelmäßig schließt mit einer Leidensgefährtin ein inniges Freundschaftsverhältnis.

Am 6. Juni ereignet sich auf einer benachbarten Abteilung ein hysterischer Schlafzustand, von dem die Kranke nur durch Hörensagen Kenntnis erlangt.

Am 7. Juni nachmittags, zur Zeit der Visite, schließt sie plötzlich die Augen, beginnt vor sich hinzusprechen, wie ihr Vorbild, läßt sich von der befreundeten Hysterica mit rührender Sorgfalt betreuen. Zu Bett gebracht, mussitiert sie in monotoner Weise weiter (religiöse Reminiszenzen, Heiraten); keine Konvulsionen, keine Katalepsie. Sie reagiert weder auf Anruf, noch auf schmerzhafte Reize. Dieser Zustand dauert bis 7 Uhr abends an. Nachts schläft die Kranke gut. Am

8. Juni beim Kirchenbesuche ein gleicher Anfall; sie wird ins Bett getragen. Kurze Aufforderung des behandelnden Arztes, das Bett zu verlassen, ist von prompter Wirkung. Patientin bleibt von jeglichen Störungen frei und wird am 13. Juni zum Landaufenthalt entlassen.

Die psychologische Analyse ist hier recht lehrreich; ebenso das Spiel der häufigeren und selteneren Anfälle, die entweder bei öffentlichen religiösen Übungen die allgemeine Aufmerksamkeit auf sie lenken, meist aber sich genau den bewußten und auch eingestandenen Zwecken anpassen. Über Hysterie und Frömmigkeit wurde schon gesprochen; daß Frömmigkeit und Sexualität ihre Beziehungen haben, dürfte ebenso außer Zweifel stehen, es sei nur an die religiösen Schwärmereien erinnert, den Klosterdrang, der fast physiologisch beim Erwachen der ersten dunkeln Sexualgefühle, nicht nur bei Mädchen, oft auch bei jungen Männern zur Beobachtung kommt; an die brünstige Heiligenverehrung — schon das Wort ist bezeichnend für das Feingefühl des Volkes —, die Flucht in die Religion bei sexueller Unbefriedigung. Auch bei der in Rede stehenden Hysterica führt der unwiderstehliche Drang ins Kloster zu gehen auf normale oder pathologische Sexualität zurück. Man erfährt, daß der etwas freigeistige Vater ihren übertriebenen religiösen Übungen, speziell allerdings den Einzelbesuchen bei Geistlichen, gewaltsam ein Ende machte, daß er sie um jeden Preis und gegen ihre Neigung zu einem weltlichen Berufe anhalten wollte. Nun setzen die Anfälle ein und zwingen den Vater nachzugeben. Er ist der Kranken gegenüber machtlos; dieselbe bringt die Stiefmutter, die ganze Bekanntschaft auf ihre Seite und arbeitet sich schließlich in die Irrenanstalt. Erst dort gelingt es ihr klar zu machen, daß sie ins Kloster nur gehen könne, wenn sie gesund sei. Es wird eine Bedenkzeit ausbedungen, aber der Vater muß sich doch fügen, sie hat seine Zusage in der Tasche.

Noch eine ganze Reihe kleiner Einzelheiten ist der Krankengeschichte zu entnehmen. Der erste Anfall entstand wohl auf körperlicher Grundlage. Die Abspannung frühmorgens beim Verweilen in einer überfüllten Kirche, die bleichsüchtigen jungen Personen sehr leicht zu einer Ohnmacht verhilft, führte auch hier zu Bewußtseinstrübung. Einmal vollkommen nüchtern unter dem Gemütseindrucke des heiligen Abendmahles, wurde sie wirklich ohnmächtig. Nun ist bei der enorm suggestiblen Person die Störung gebahnt; autosuggestiv wiederholt sich die Synkope, zunächst in der Kirche, sowie sie daran denkt; später als Zweckmittel bei häuslichen Auseinandersetzungen. Es ist ganz bezeichnend, daß auch an der Klinik ihr Verhalten vollkommen der Art entspricht, wie Patientin behandelt wird: in den Tagen, wo man ihren Wünschen Schwierigkeiten zu bereiten scheint, anfangs Mai, kommen Anfälle, die schon lange ausgeblieben waren, ihre Stimmung ist umgeschlagen. Vom Anstaltsgeistlichen abgewiesen, wird sie tief deprimiert, liegt zu Bette, nimmt einen ganz anderen Gesichtsausdruck an, bis sie mit sich selbst wieder im Reinen und entschlossen ist, dem Arzte zu beichten. Der Besuch ihres Vaters wirkt immer schlecht, der ihrer Schwester, eines übermütigen, jugendtollen Mädchens,

mit der sie allerlei Heimlichkeiten zu haben schien, günstig. Endlich bietet sie noch einen hysterischen Schlafzustand, der auf Entfernung übertragen wird und die Labilität dieses Nervensystems aufs schlagendste beweist.

Einen Übergang zu der zweiten Form bildet

Beobachtung XXIX.

Anna D., 33 Jahre alt, ledig, katholisch, Magd, kommt am 9. März 1903 an die Klinik, nachdem sie durch lautes Schreien auf einer internen Abteilung störend geworden ist.

Sie gibt beim Examen Auskunft unter Tränen und übertreibt ihre pathetisch-theatralischen Gebärden und Gestikulationen, in einem Grade daß es kaum möglich ist, ernst dabei zu bleiben. Sachlich kommt nur heraus, daß sie Mutter eines 11 Jahre alten Kindes sei; der Vater dieses Kindes habe sie verlassen. Seither (6 Jahre) leide sie an Anfällen, die als typisch hysterische beschrieben werden. Um ihren Seelenschmerz zu übertäuben, in der Hoffnung zu gesunden, habe sie sich bemüht, nochmals gravid zu werden, wie sie in Einfalt, die rühren soll, erzählt. Allein trotz eines zweiten Partus sei sie noch krank. Hier an der Klinik könne sie unmöglich bleiben. Mit dem Ausdrucke des tiefsten Schmerzes erhebt sich Patientin vom Sessel, taumelt und stürzt wieder auf den Sessel zurück; sie ist kaum aus dem Zimmer zu bringen. Körperliche Untersuchung unmöglich; sowie man sie irgendwo berührt, beginnt sie zu zappeln oder schleudert sich in die Höhe.

Der Zustand bessert sich rasch. Die Kranke markiert zwar psychische Störungen: wenn man sich mit ihrer Nachbarin zu lange beschäftigt, beginnt sie zu monologisieren. Allein das geht bei Nichtbeachtung schnell vorüber. Einen Tränenausbruch erzielt man nur mehr bei Berührung ihres Herzensromanes.

Nach 8tägigem Aufenthalte in der Klinik ist Patientin so ruhig geworden, daß sie in häusliche Pflege übergeben werden kann.

Von einer Geistesstörung im engeren Sinne ist hier keine Rede; die Karrikatur, welche sie liefert, hat nur den Zweck, mehr Teilnahme zu erzwingen, ihr Erlebnis — die alltägliche Geschichte — reicht augenscheinlich dazu nicht aus. Alle Ausdrucks-, aber auch alle Reflexbewegungen sind ins Ungeheuerliche gesteigert, ohne daß daraus auf eine besondere psychische Energie geschlossen werden dürfte. Patientin ist ohne Beschäftigung und kann die ganze Spannkraft ihres Nervensystems in Ausdrucksbewegungen erschöpfen. Dieselben ermöglichen die Diagnose auch auf den ersten Blick. Die Art, wie sie zum Examen antritt, wie sie auf die ersten Fragen reagiert, lassen keinen Zweifel über, daß es sich um eine Hysterica handelt.

Bliebe noch zu erörtern, warum es gerade jetzt zu der Exazerbation des Dauerzustandes kam. Psychologisch ist dieselbe sehr leicht zu motivieren. Patientin war schon 5 Monate ohne Posten und ließ sich von Verwandten erhalten. Da diese aber von der Schwere der Erkrankung oder eigentlich von der Arbeitsunfähigkeit nicht so überzeugt waren, wie die Patientin selbst, so einigte man sich, das Spital aufzusuchen. Auf der internen Abteilung deutete man der Kranken an, daß es mit ihr noch nicht zu Ende gehe; man konnte ihr nicht einmal die beanspruchte Invalidität zugestehen. Nun revoltiert sie und erzwingt durch ihr Lärmen die Anerkennung ihrer Krankheit als Geistesstörung. Das genügt vorläufig, macht auf die sonst zärtlich besorgten Verwandten so viel Eindruck, daß diese sich bemühen, die Patientin aus dem

gesperrten Zimmer möglichst bald zu erlösen. Da die Ärzte hier übrigens auch keine Miene machen, die Schwere ihrer Krankheit gelten zu lassen, so beeilt sie sich, den Augenblick der günstigsten Konjunktur zu nutzen und versucht es wieder in Familienpflege.

Man kann einwenden, daß alle diese Raisonnements Gedankengänge eines unbeteiligten Dritten sind, welche in die Patienten hinein interpretiert werden. Tatsache ist, daß über das Innenleben, über das Vorhandensein von Motiven durch die Kranken direkt nur selten Aufklärung zu bekommen ist — immerhin gibt es Hysterische, welche so beschränkt oder anfallsweise so aufrichtig sind, daß sie Einblick in ihr innerstes Wesen gestatten, Triebfedern ihres Handelns erraten lassen. Dem was sie erzählen gegenüber tut größte Skepsis Not, der von den Patienten oft aufdringlich geäußerten Selbstkritik ist am wenigsten zu glauben. Wenn man aber das gesamte subjektive und objektive Beobachtungsmaterial verarbeitet, findet man logische Verbindungsglieder und ist zu der Annahme gezwungen, daß parallelle Gedankenreihen in der kranken Persönlichkeit ablaufen. Schließlich lassen sich psychische Vorgänge nur auf die Weise studieren, daß man Analogieschlüsse vom eigenen Seelenleben auf das des zweiten Individuums zieht. Die Möglichkeit weiter zu forschen, Neues, immer wieder Bestätigtes zu erfahren, rechtfertigt diese grundlegende Prämisse. Wenn man nun sieht, daß bestimmte Annahmen regelmäßig bei einer stets wachsenden Zahl von Hysterischen zutreffen, indem um eine Zielvorstellung die psychischen Prozesse sich gruppieren, indem ein Leitgedanke den Verlauf so und so vieler Fälle verständlich macht: dann kann man nur mehr darüber streiten, ob der Wille krank zu sein, bewußt oder unterbewußt, die Äußerungsweise des Individuums beeinflußt.

Die zweite Gruppe dieser Art von Hysterischen wird gebildet durch ältere Personen, nur ausnahmsweise jugendliche, schwer degenerativ veranlagte Individuen, die das Gemeinsame haben, daß die Insuffizienz des Körpers und des Geistes im Vordergrunde steht. Diese Leute fühlen sich den Anforderungen des Lebens in der menschlichen Gesellschaft, dem Kampfe ums Dasein nicht gewachsen; es ist der mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Wunsch nach einer bequemen Versorgung, einer arbeitsfreien, vegetativen Existenz, welcher die Krankheitserscheinungen beherrscht. Man kann die Patienten am treffendsten charakterisieren durch die Bezeichnung Spitalschwestern.

Die Hervorbringung von Krankheitserscheinungen scheint eine gewisse Anstrengung zu kosten; man kann den Eindruck nicht loswerden, daß diese leistungsunfähigen Patientinnen, wo es nur angeht, selbe vermeiden jeweils gerade nur soviel Symptome produzieren, als sie brauchen, um ihre Anstaltsbedürftigkeit zu motivieren. Im Gegensatze zu der aktiveren Hysterie treten hier hysterische Anfälle gar nicht bei der Visite auf

sondern außerhalb derselben. Bezeichnenderweise berichten die Patientinnen spontan über solche und ganz merkwürdig ist, daß die aufmerksame Umgebung oft von diesen Anfällen nicht das mindeste wahrnehmen konnte. Es sieht fast so aus, wie wenn die Patientinnen sich nicht trauen würden, ihre höchst primitiven Krankheitsäußerungen der Kritik der Ärzte preiszugeben, einen regelrechten Anfall gar nicht zusammenbringen und sich darum auf das einwandfreiere Selbstreferat beschränken. Gelegentlich wird ganz naiv die subjektive Krankheitsüberzeugung nicht weiter begründet. Insofern es gelingt, therapeutisch einzugreifen, einen gewissen Zwang auszuüben, sind diese Fälle, allerdings nur in einem kleinen Bruchteile heilbar. Man trifft sie, wie schon bemerkt, gar nicht selten. Da sie aber unproduktiv, von außergewöhnlicher Einförmigkeit sind, sollen aus einer größeren Zahl einschlägiger Beobachtungen hier nur zwei Typen wiedergegeben werden, eine ältere und eine jüngere Person betreffend.

Beobachtung XXX.

Emilie S., 42 Jahre alt, Witwe, katholisch, Bedienerin, kommt am 6. März 1903 an die Klinik.

Im Parere heißt es: In früherer Zeit weniger, seit 14 Tagen außerordentlich häufig, fast stündlich Anfälle von 10 Minuten Dauer, verschiedenartigem Verlauf, nachfolgender Amnesie; körperliches Übelbefinden, Kopfschmerzen und Irrereden. Patientin bittet selbst um Aufnahme.

Ruhig, schläft des Nachts.

7. März. Geordnet, gibt aber auf Fragen nur unvollständig Auskunft. Sie erkennt die Örtlichkeit als Spital, weiß nicht welches; sie kennt weder Jahreszahl noch Wochentag, nennt als Monat Jänner, meint heute den dritten Tag hier zu sein. Ihr Mann sei vor 3 oder 4 Jahren gestorben. Seither lebe sie mit ihren 4 Kindern von Unterstützungen. Bis vor 6 Jahren war sie ganz gesund; seit damals Anfälle, die etwa $^1/_2$ Stunde (!) anhalten. Die Leute erzählen ihr, daß sie phantasiere. Sie war schon wiederholt in Krankenhäusern, kann aber weder Zeit noch die Namen der Anstalten nennen. Endlich klagt sie ausführlich über Kopfschmerzen, die sie in die Scheitelgegend und in die linke Schläfe lokalisieren, über Schwindel, Sehschwäche, zusammenziehende Schmerzen in der Herzgrube etc. — Gegenüber Druck wird am ganzen Körper lebhafter Schmerz geäußert, ohne daß lokalisierte Druckpunkte auffindbar wären; auf jeden Eingriff reagiert die Patientin mit Jammern. Über Auftrag führt sie nur sehr beschränkte und kraftlose Bewegungen aus; eine Lähmung ist nirgends nachzuweisen. Allgemeine taktile Anästhesie; doch werden einzelne Male an verschiedenen Stellen der rechten Körperhälfte Spuren von Empfindung angegeben. Gegenüber Nadelstichen links Analgesie, rechts Hypalgesie. Passive Finger- und Zehenbewegungen werden links gar nicht wahrgenommen, rechts wohl, aber nicht näher erkannt. Glaucoma simplex.

16. März. Patientin erklärt sich einverstanden mit der vorgeschlagenen Operation, nimmt dann die Zustimmung wieder zurück, sie fürchte sich. Stets leidselig, sonst ganz geordnet, zu Bett.

18. März. Wehrt sich mit großer Entschiedenheit gegen Transferierung auf eine interne Abteilung; sie will hier bleiben, bittet gleichzeitig um Aufbesserung des Speiszettels.

20. März. Muß zugeben, daß sie nicht geisteskrank ist, daß sie an der

Klinik überhaupt noch keinen Anfall hatte. Da sie schwach sei, nicht arbeiten könne, bittet sie neuerlich, hier bleiben zu dürfen. Am

21. März wird Patientin trotz ihres Protestes transferiert, um wenige Tage später der Versorgung übergeben zu werden.

Eine Kranke, die man widerrechtlich ihrer Freiheit nicht berauben kann; Patientin wäre am liebsten in die Irrenanstalt gegangen, wohl weil sie sich dort am ehesten aufgehoben glaubte. Nur die Psychiatrie gewährte ihr einen Unterschlupf; jede interne Abteilung hätte sich bestrebt, die Kranke schleunigst wieder zu entlassen, wie sie aus eigener Erfahrung wußte. Daher die sonst unbegreifliche Vorliebe für die jedem anderen so schreckliche und lärmende Umgebung. Draußen hat die Person in drückender Notlage vom Bettel gelebt, wobei ihre Anfälle möglicherweise eine Rechtsgrundlage sowie einen Schutz vor polizeilicher Verfolgung bilden. Sie verdient jedoch das Existenzminimum nicht mehr; die Anfälle werden außerordentlich häufig, so daß der Amtsarzt gerührt, sie der Klinik zuweist. Damit sind die Anfälle wie abgeschnitten. Ähnliche Beobachtungen treffen für Hysterische dann zu, wenn die Kranken den Schädlichkeiten ihrer ständigen Umgebung entzogen werden, wenn die Internierung einen psychischen Eindruck auf sie macht. Letzteres Moment fällt vollkommen weg, da es sich um eine alte Spitalsschwester handelt; nur der Existenzsorgen ist sie durch die Aufnahme enthoben; die Anfälle haben ihr zu einem warmen Essen verholfen. Nun siegt ihre Schwäche; sie spart mit aktiven Krankheitserscheinungen; man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, daß sie den Mut nicht aufbringt, an der Klinik so einen Anfall zu wiederholen. Laut Anamnese sind dieselben verschiedenartig verlaufen; auch das spricht dafür, daß hier wohl kaum ein streng gesetzmäßiger Mechanismus bei völliger Ausschaltung des Bewußtseins ablief. Der Arzt bemühte sich vergebens, irgend etwas Anfallähnliches zu provozieren; die Kranke beschränkt sich auf subjektive Klagen, deren Unwahrheit man ihr nicht beweisen kann. Die körperlichen Stigmen der Neurose beleuchten den Charakter dieser Leidseligkeit. — Psychisch besteht eine Denkträgheit mit dem Nichterinnernwollen, wie es ganz typisch bei Hysterie vorkommt.

Patientin ist nicht dazu zu bringen, das Bett zu verlassen; sie muß in die Versorgung geschrieben werden, insofern allgemeine Unlust und Schwächegefühle die Versorgungsbedürftigkeit begründen. Ihr beginnendes Glaukom kann als Krankheit nicht gerechnet werden, da das Sehvermögen für ihre Beschäftigung noch vollkommen ausreicht. Es ist nur ein bezeichnendes Detail, daß sie jede Behandlung des greifbaren Leidens ablehnt, sich auf der Augenklinik gar nicht behandeln lassen will, sie braucht ja ihre Krankheit.

Beobachtung XXXI.

Melanie Z., 24 Jahre alt, ledig, katholisch, Magd, kommt am 16. November 1902 an die Klinik.

Patientin konnte in der Schule nicht mit, wurde nach Hause geschickt. Seit drei Jahren bestehen ohne bekannten Anlaß Anfälle; die Kranke stürzt um, wird dabei rot im Gesicht, schreit o weh! schluchzt, hat Atemnot; bald ist sie steif, dann schlägt sie wieder mit beiden Händen herum; einmal wurde Arc de cercle beobachtet. Man schildert die Patientin als sehr verlogen.

17. November. Klar, erzählt, daß sie seit drei Tagen auf einem neuen Dienstplatz sei; sie fühlte sich vollkommen wohl bis gestern früh 6 Uhr, wo sie beim Aufwaschen zusammenstürzte und bewußtlos blieb bis 9 Uhr; dann

ging sie zu ihrer Schwester, dort wurde sie wieder bewußtlos bis 1 Uhr; um 2 Uhr kam der dritte Anfall, sie mußte weinen. Um 4 Uhr erwachte sie, wurde ins Spital gebracht. Gegenwärtig habe sie noch Kopfschmerz und Schwindel. Zur Anamnese gibt Patientin an, daß sie bis zum 19. Jahre im Elternhause war, dann in Dienst trat, nirgends es aushielt. Seither leide sie auch an ihren Anfällen. Sie fühle Schwindel, sehe Farben, wisse nichts von sich; sie liege durch eine Stunde da wie ein Stück Holz; niemals habe sie sich eine Verletzung zugezogen. Die Anfälle kommen speziell nach Aufregungen; gestern aus Angst, ihren Posten wieder zu verlieren. — Die Kranke, mit ihrer Einbringung ganz einverstanden, ist hier zufrieden; draußen habe sie ja niemand, der für sie sorgen könne.

Neuropathischer Gesichtsausdruck; mehrfache Degenerationszeichen. Schädel fast überall, außerdem alle Nervenpunkte druckempfindlich. In der linken Gesichtshälfte Hypalgesie; Analgesie über beiden Mammae. Menses.

21. November. Analgesie stark schwankend, heute nirgends nachzuweisen, wechselnde Hypalgesien.

28. November. Patientin berichtet bei der Visite, daß sie einen Anfall hatte. Wärterinrapport: Die Kranke habe sich im Bette hin und hergewälzt; antwortete aber während dessen auf Ansprache.

7. Dezember. Ein gleicher „Anfall". Patientin wünscht dringend hier zu bleiben. Da keine weiteren Störungen auftreten, wird sie als zu selbständiger Lebensführung ungeeignet am

21. Dezember in die Versorgung abgegeben.

Die kurzen Daten dieser Krankengeschichte erhalten eine Bedeutung erst unter Berücksichtigung der äußeren Verhältnisse. Ein psychologisch forschendes Examen war bei dieser schwachsinnigen Person völlig aussichtslos; für ein determinierendes Trauma liegt kein Anhaltspunkt vor. Man sieht aber, daß die Anfälle beginnen, sowie die Patientin selbständig durch Arbeit sich fortbringen soll: eine Aufgabe, der das angeboren minderwertige Zentralnervensystem nicht gewachsen ist. Andererseits ist sie aus besserer Familie, hatte auch bessere Zeiten gesehen. Sie möchte weiter gehätschelt werden und vereitelt jeden Versuch, sie auf eigene Füße zu stellen, durch Anfälle. Es ist die bekannte hysterische Umkehrung, wenn die Kranke äußert, sie bekomme einen Anfall, weil sie gleich beim Eintritt in den Dienst Angst habe, ihren Posten zu verlieren. Sie will ja nicht dienen, fühlt sich untauglich zu jeder Arbeit, wie sie dem Arzte ganz offenherzig zugibt. Die schreckliche Tatsache ihrer Internierung, die Furcht vor den Geisteskranken löst merkwürdigerweise keinen Anfall aus. Man erklärte der Patientin, daß sie nicht anstaltsbedürftig ist; sie soll ihren Angehörigen zurückgegeben werden. Als unmittelbare Antwort darauf berichtet bei der nächsten Visite die Patientin selbst, daß sie einen Anfall gehabt habe. Überzeugender kann der Zweck desselben nicht demonstriert werden; sie bringt sich um die Freiheit, wie sie sich um ihre Dienstplätze gebracht hat Die Bewegungsformen sehen übrigens gar zu willkürlich aus, so daß sie nicht einmal der Wärterin imponieren. Auch die Kranke selbst scheint nicht so viel Zutrauen zu ihrem Anfall zu haben, um sich der Skepsis der Ärzte auszusetzen. Erst als die Erinnerung an den Paroxysmus zu verblassen beginnt und neuerlich die Entlassungsfrage vor ihr erörtert wird, kommt ein zweiter Anfall, den nur die Nachbarin beobachtet. Immerhin genügt derselbe, um die Angehörigen von der Unheilbarkeit des Leidens zu überzeugen; Übernahme wird abgelehnt und die Patientin, welche

kaum einen Affekt, aber auch keine ordentliche Hysterie aufbringt, muß der Versorgung übergeben werden.

Einen geradezu komischen Anstrich gewinnt diese Unfähigkeit, den Ärzten gegenüber irgendwelche aktive Krankheitserscheinungen aufrechtzuerhalten trotz des lebhaften Krankheitswunsches und wahrscheinlich auch Krankheitsgefühles in folgender

Beobachtung XXXII.

Elisabeth K., 34 Jahre alt, katholisch, verheiratet, Kleinhäuslerin.

Seit 7 Jahren bestehen Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit, nachfolgender Amnesie, meist in der Nacht; nachher klagte Patientin durch mehrere Tage über Kopfschmerz, erschien der Umgebung „verwirrt". Seit 2 Jahren kommen solche Anfälle mehrmals täglich; seit 15. Jänner 1903 erscheint die Kranke dauernd verwirrt, spricht davon, daß das Haus und die Kinder verhext seien, schläft nicht, macht Fluchtversuche.

3. März 1903. Seit der Aufnahme ruhig.

4. März. Bei der Visite gibt Patientin sehr schleppend Auskunft. Ziemlich unklar und widerspruchsvoll berichtet sie von Anfällen, beginnt während der körperlichen Untersuchung die Hände mit gespreizten Fingern vor sich hinzustrecken und rhythmische Schüttelbewegungen auszuführen; sie spricht dabei fort, behauptet, das sei der Anfang. Als man die Sache nicht sehr ernst nimmt, gibt sie zu, sie wisse nicht, sei es die Kälte oder der Anfall. Während dieser Zeit sind die Pupillen ziemlich weit, reagieren nicht auf Licht! Bei psychischer Ablenkung hören die Schüttelbewegungen allmählich auf. Patientin geht auf Fragen ein, zeigt dauernd besorgten Gesichtsausdruck. Sie sei über Veranlassung ihres Arztes vom Manne hierher gebracht, um gesund zu werden. Sie weiß sich im Wiener allgemeinen Krankenhause; zeitliche Orientierung unvollständig.

Einige Stunden später neuerliches Examen: Die Anfälle beginnen mit einer aufsteigenden Sensation in der Magengrube; sie verliere das Bewußtsein. Seit 2 Jahren sei sie sehr vergeßlich geworden, trotzdem habe sie die Wirtschaft geführt und gekocht. Über die letzten Tage wisse sie nichts, weil sie den Krampf hatte; sie soll den Ofen umgeworfen haben. Während der ganzen Unterredung befinden sich die beiden auf den Oberschenkeln aufliegenden Arme in einem rhythmischen Schütteltremor, der nicht beachtet wird.

14. März. Patientin hat die ganze Zeit über noch keinen Anfall gehabt, obzwar sie einmal über einen solchen berichtete. Meist leidender Gesichtsausdruck; macht sich einen ungeheuren Verband „über den schmerzenden Kopf".

15. März. Heute wie immer vollkommen klar. Bezeichnet sich als sehr erregt, erklärt, sie wolle in dem „jüdischen Bett" nicht liegen bleiben, weist darauf hin, daß rechts und links von ihr Jüdinnen liegen. Sie spricht zusammenhangslos von Teufel und Kopfabschneiden, lacht selbst, als man ihr die Sinnlosigkeit des Gesagten vorhält, ohne ihre Äußerung zurückzunehmen.

18. März. Im Hofe Lärm, die Kranke erwachte, frug, was los sei. Heute behauptet sie einen Anfall gehabt, sich in die Zunge gebissen zu haben, doch ist keine Spur einer Verletzung aufzufinden; auch von dem Anfalle wurde nichts beobachtet. Patientin weigert sich direkt, das Spital zu verlassen; „ihre Krankheit sei so furchtbar"; sie verlangt Medikamente, will wenigstens 14 Tage noch bleiben; spricht immer von ihren Anfällen.

19. März. Alltäglich derselbe Dialog: Sie sind gesund; wann gehen Sie nach Hause? „Wenn es der Herr Doktor erlauben." Lieber heute wie

morgen. „Bitt schön, darf ich noch dableiben?“ Patientin beruft sich auch darauf, daß ihr Mann sie noch nicht holen wolle.

25. März. Glücklich darüber, daß sie ein kleines entzündliches Infiltrat im oberen Lide vorweisen kann.

28. März. Spricht seit 24 Stunden davon, daß ein Anfall kommen wird. Sie fühle es im voraus.

29. März. Erwartet noch immer den Anfall.

30. März. Menses.

31. März. Ohne Anfall geheilt den Angehörigen übergeben.

Die Beobachtungsdauer ist zwar kurz, trotzdem dürfte Epilepsie, auch in der Vorgeschichte, auszuschließen sein. Die Anfälle wiederholen sich mehrmals täglich und werden als so schwer geschildert, daß man einen epileptischen Charakter, wohl auch Demenz hätte finden müssen. Statt dessen sieht man nur eine übertriebene Leidseligkeit, die charakteristischen zögernden, wie wohlüberlegten unbestimmten Antworten, das Nichterinnern. Aber selbst angenommen, die Kranke hätte einmal einen echten epileptischen Anfall gehabt: Das, was sie an der Klinik bietet, läßt sich nur als Hysterie auffassen. Sie beginnt sofort bei der ersten Visite mit einem Schütteln, das ganz wesentlich von dem abweicht, was die klassische Hysterie bietet. Es sind ganz langsame, streng taktmäßige Schlagbewegungen mit beiden Vorderarmen. Beim Examen setzen dieselben noch fort, um dann für immer auszubleiben, nachdem die Kranke gezwungen wurde zuzugestehen, daß das kein Anfall sei.

Nachdrücklich auf ihre Gesundheit verwiesen, beginnt sie mit subjektiven Beschwerden, klagt über Kopfschmerzen, bezeichnet sich als erregt, ohne daß man das Mindeste davon merken würde. Sie erzählt von Träumen, beschwert sich über ihre jüdischen Nachbarinnen und als das alles nicht wirkt, behauptet sie endlich, einen Anfall mit Zungenbiß gehabt zu haben. Trotz der absolut zuverlässigen Nachtwache wurde von einem solchen keine Spur wahrgenommen; die Zunge ist vollkommen unverletzt. Zur großen Heiterkeit des ganzen Krankenzimmers lehnt Patientin in der entschiedensten Weise ab, das Spital zu verlassen. Die Geisteskranken ihrer Umgebung schrecken sie nicht, sie fühlt sich im Gegenteil den ganzen Tag zu Bette sehr wohl und behaglich. Mit schwerer Mühe gelingt es, die Angehörigen zu überzeugen, daß die Krankheit nicht so besorgniserregend sei, daß ein ganzer Monat ohne Anfall verstrichen, daß man doch wieder einen Versuch machen sollte, Patientin nach Hause zu nehmen. Höchst unfreiwillig verläßt uns die Kranke.

Ganz dasselbe, was hier von den Anfällen bemerkt wurde, gilt natürlich von den anderen Manifestationen der Hysterie, gilt speziell von Geistesstörungen. Auch diese können als Mittel zum Zweck dienen, den Krankheitswillen so offenkundig verraten, daß man den Eindruck der Unaufrichtigkeit, der Simulation nicht abweisen kann. Im einzelnen Falle ist es vielleicht unmöglich zu entscheiden, ob nicht ein Teil der Krankheitserscheinungen tatsächlich gemacht wird; psychische Symptome haben immer etwas Subjektives an sich. Doch ist die Entscheidung, ob echt oder simuliert unwesentlich; ob mehr oder weniger bewußt vom Zentralorgan her geschaffen, jedenfalls sind es Erscheinungsformen der zugrundeliegenden Geisteskrankheit Hysterie.

Zu allermeist tragen diese Zweckpsychosen die Züge einer einfachen

melancholischen Verstimmung. Schon eingangs wurde darauf hingewiesen, daß das drückende Gefühl der eigenen Schwäche und Unfähigkeit, der Unzufriedenheit mit sich selbst und der Welt zur depressiven Grundstimmung der Hysterie führt. Ganz physiologisch verliert sich der Optimismus der Jugend durch den schweren Kampf ums Dasein, die sich häufenden Schicksalsschläge, so daß diese Kranken schließlich das Elend ihres verfehlten Lebens in eine dauernde traurige Verstimmung zusammenfassen. Da Depressions- und Hemmungszustände den geringsten Aufwand an Willensenergie erfordern und leicht festzuhalten sind, insofern sie sich beliebig steigern lassen und höchstens Tränenausbrüche kosten, die ja bei Frauen so billig sind, kommen sie den Eigenheiten der hysterischen Veranlagung aufs schönste entgegen. Es darf daher nicht wundernehmen, wenn fast alle diese insuffizienten Kranken, nachdem sie im Leben Schiffbruch erlitten, auf ihre alten Tage mit einer Art Melancholie sich ein Plätzchen in einer Irrenanstalt erobern. Doch dürfte es sich empfehlen, den Ausdruck hysterische Melancholie auch für diese Zustandsbilder zu vermeiden; denn nach Genese, Verlauf und Beeinflußbarkeit unterscheiden sich diese Verstimmungen wesentlich von der Melancholie. Im Kapitel Differentialdiagnose wird sich Gelegenheit finden, noch näher darauf einzugehen, das Gesagte auch durch einen instruktiven Fall zu belegen.

Schließlich sei bemerkt, daß die Insuffizienz, welche in hysterische Geistesstörung sich umsetzt, keineswegs funktionell sein muß. Es gibt Patienten, welche durch schwere erschöpfende Krankheit in einen solchen Zustand gekommen sind, andere, wo chronische Leiden Spitalsbedürftigkeit verursachen, und mehr nebenbei äußert sich die Hysterie; die objektiv nachweisbare Grundkrankheit wird hysterisch verarbeitet, meist auch hysterisch übertrieben. Letzteres wird namentlich dann deutlich, wenn die Erscheinungsform der Psychoneurose der Insuffizienz widerspricht, wenn neben hochgradiger körperlicher Leistungsunfähigkeit sehr aktive Äußerungen der Hysterie, neben den allerdings unvermeidlichen Depressionen Reizvorgänge in Form von Anfällen, selbst von Aufregungszuständen zu beobachten sind, wenn neben der Schwäche die Reizbarkeit als gleichberechtigter Faktor das Krankheitsbild determiniert. Nur ein Fall dieser Art sei hier noch mitgeteilt.

Beobachtung XXXIII.

Marie W., geboren 1861, ledig, katholisch, Handarbeiterin.

Die Patientin von Jugend an kränklich, hat einen Gelenksrheumatismus, wiederholt Spitzenkatarrhe und eine Krankheit des linken Auges überstanden, derzufolge das Auge erblindete. Seit einigen Monaten sei sie verstimmt und in sich gekehrt, außerdem werden kleptomane Anwandlungen berichtet.

Dem Amtsarzt gegenüber zeigt sie ein trauriges Wesen, sie antwortet erst nach langem Überlegen, sichtlich unentschlossen. Vor Jahren sei ihr ein-

mal eine Arbeit nicht gelungen, wie sie es wünschte, seitdem könne sie nicht mehr so arbeiten. Sie mache sich darum bittere Vorwürfe, halte sich für gottverlassen und vom Unglück verfolgt, denn sie sei außerstande, ihre alte Mutter zu ernähren. Auch kommen ihr, namentlich nachts, böse Gedanken, die ihr dann tagsüber nicht aus dem Kopfe wollen. In der letzten Zeit wurde es so arg, daß sie an Selbstmord denke. — Ovarie leichten Grades.

Bei der Aufnahme am 8. Juli 1894 erzählt Patientin, sie fühle sich krank, weil es ihr im Kopfe nicht so wäre wie früher, sie habe wenig Vertrauen zu sich selbst.

11. Juli. Patientin meist in sich gekehrt, teilnahmslos für die Vorgänge der Umgebung, klagt, daß sie nicht so sei wie sie möchte.

12. Juli. Status idem. Die Kranke wird in die Irrenanstalt transferiert. Am

24. Juni 1898 kommt sie zum zweiten Male am Beobachtungszimmer zur Aufnahme.

Das Parere lautet diesmal ganz anders: „Seit 1890 Symptome von Hysterie (Herzkrämpfe); ferner Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit aus geringfügigen Anlässen gerät Patientin in hochgradige Aufregung, in welcher sie wie sinnlos gegen die Umgebung wütet.

25. Juni. Bestätigt, daß sie von jeher kränklich, nervös, erregbar sei. Sie könne ihren Beruf als Kleidermacherin nicht mehr ausüben, da sie beim Anblick eines lebhaft gefärbten Stoffes sofort Kopfschmerz und Erbrechen bekomme. Sie ließ sich darum von der Mutter erhalten; auf Vorwürfe derselben reagierte sie sehr energisch eventuell mit Tätlichkeiten.

30. Juni. Hier ruhig, aber voll hypochondrischer Beschwerden. Unter dem Datum des

2. Juli verfaßt sie eine ungeheure Biographie. Sie verlegt ins Jahr 1890 ihren ersten melancholischen Anfall. Sie stürzte sich damals vom 2. Stock **nicht** herunter, weil sie befürchtete, sie könnte mit gebrochenen Gliedern am Leben bleiben. 1892 bei der zweiten „Melancholie" berichtet sie ausführlich wie sie stets Kostaufbesserung verlangte und gleich die Behandlung im Spital (interne Abteilung) verließ, weil man sich nicht genügend mit ihr beschäftigte. 1894 kam sie durch das Beobachtungszimmer in die Irrenanstalt. Es folgt ein rührender Bericht über ihre gynäkologische Untersuchung. Sie betont ihre Anständigkeit etwas zu auffallend. 1896 hätte sie wieder interniert werden sollen; da aber die Mutter eine kleine Unterstützung erhielt, ging es auch ohne die Anstalt. Jetzt begann der Zustand wieder mit Anfällen von $^1/_2$stündigem Weinen. In poetischer Schilderung heißt es dann weiter, daß sie sich nur mit dem Bewußtsein zu Bette legte, den nächsten Tag nicht mehr zu erleben, daß sie sich den Kopf an einen Kasten rannte, mit den geballten Fäusten gegen die Schläfen pochte, daß sie nicht imstande war, gewisse Marktgegenstände einzukaufen, immer standen ihr die Tränen in den Augen etc. Den Schluß bilden Anklagen gegen das Schicksal.

Dauernd anspruchsvoll, streitsüchtig; sie schickt Beschwerdebriefe an die Direktion, verlangt in die Versorgung. Dabei immer die gewisse übertriebene Ausdrucksweise: „Sie wolle sich am Gasluster aufhängen" oder „mit einem Revolver erschießen", natürlich nur in ihren Briefen.

Der Wunsch nach Versorgung wird ihr erfüllt; sie geht am 22. Juli 1898 dorthin ab.

Am 7. Juni 1901 läßt sie sich ihren Cystenkropf operieren. Sie hat dauernd Krampfanfälle, bei denen sie über allerlei Parästhesien im Schlund und in der Herzgegend klagt, schreit und lärmt. Am

2. Juli 1901 führt ein besonders schwerer Anfall zur Aufnahme an die Klinik. Patientin ist sehr gesprächig, berichtet, daß sie zweimal in der Heilanstalt Alland gewesen; dann folgt eine ausführliche Schilderung ihrer Anfälle, die wiederum reichhaltiger geworden sind. Sie habe in der Magengegend die Empfindung, wie wenn ein Stein daselbst läge, hierauf Herzklopfen, Zusammenschnüren des Kehlkopfes und Brustkorbes, Zucken in den Armen, krampfhaftes Zusammenziehen der Hände; das dauere $^1/_4$ bis mehrere Stunden. In letzter Zeit täglich viele solche Paroxysmen. Sie wurde von der Rettungsgesellschaft ins Spital gebracht, gestern entlassen, habe nachts sofort schwere Anfälle bekommen und sei über eigenes Verlangen darum wieder eingebracht worden.

2. Juli. Die Kranke macht bald nach dem Examen Würg- und Hustenbewegungen, gerät in einen Verzweiflungsaffekt, äußert eine pathetische Bitte an Gott, er möge sie zu sich nehmen.

7. Juli. Erregt, geschwätzig, anspruchsvoll, streitsüchtig, verweigert die Einnahme des ihr verordneten Medikamentes, schläft nachts mit Unterbrechung.

In den endlosen Briefen, welche Patientin verfaßt, ist die Zwischenzeit immer in ausführlicher Weise besprochen. Man sieht, daß sie sich in den verschiedensten Spitälern herumtreibt, von Abteilung zu Abteilung wandert, so daß sie schon überall recht gut bekannt ist. Bald ist es ein Arzt, der durch die Bemerkung, sie spiele Komödie, die Kranke so weit verletzt, daß sie vor Entrüstung keine Worte mehr finden kann; bald sind es Wärterinnen, welche ihr ihre Krankheit nicht glauben. Mit flammenden Worten verwahrt sie sich gegen dieses Unrecht, das man ihr zufüge. Es sei wahr, daß sie sich vor Schwindel und Schwäche nicht auf den Beinen halten konnte und die Diener im Hause nennen sie eine Spitalsschwester! Sie ist die arme Märtyrerin, die mit der Zunge allerdings redlich ihr Teil zurückgibt. Sie beschreibt genau die Intervention der Umgebung während ihrer öffentlichen Anfälle und denkt noch mit Schreck an eine Dusche kalten Wassers zurück, die ihr da einmal appliziert wurde. Auch über Verfolgungen von seiten ihrer Familie hat sie sich zu beklagen.

Auf ihrer Wanderung kommt die Patientin am 27. Jänner 1903 wieder einmal an die Psychiatrie, da sie wegen Unruhe und Abfassung von Beschwerdebriefen als geisteskrank betrachtet worden war.

28. Jänner. Bei der Untersuchung etwas gedrückte Stimmung, von geordnetem Verhalten. Ihre Ausführungen sind formal ganz einwandfrei. Auf der medizinischen Abteilung sei sie durch das Leiden der Nachbarpatientin, welche dieselbe Krankheit hatte wie ihre verstorbene Mutter, sehr erregt worden. — Zahlreiche Druckpunkte.

29. Jänner. Eifersüchtelt, behauptet, daß sie sexueller Beziehungen verdächtigt werde, weil sie einmal an einen Arzt der Klinik einen Brief geschrieben habe. Das wurde beredet.

31. Jänner. Ganz ruhig und anfallsfrei wird sie rücktransferiert. Am

15. März treten die Krämpfe in größerer Intensität auf; da die Patientin obendrein Selbstmordideen äußert, kommt sie neuerlich zur Aufnahme. Erregt, streitsüchtig, muß isoliert werden, beruhigt sich aber bald.

16. März. Passendes Benehmen, erzählt in sehr wortreicher Weise, sie habe die Unterstützung von 5 Gulden aufgebraucht, um eine neue angesucht, sei abschlägig beschieden worden, darum Aufregung, Anfall. Eine Selbstmorddrohung wird ohne weiteres zugegeben. — Druckpunkte am Scheitel und längs der ganzen Wirbelsäule sowie an vielen Stellen des Körpers. Nadelstiche werden links stärker als rechts empfunden. Geht mit kleinen Schritten, sinkt nach der Seite.

17. März. Ausgesprochen hysterischer Charakter; sie beschuldigt die Umgebung, schreibt lange Briefe, in denen sie sich als die verfolgte Unschuld hinstellt und einen der Herren gegen den andern ausspielt. Mit ihrer Zustimmung in die Irrenanstalt übersetzt.

Die erste Krankengeschichte beginnt wie die einer Melancholie; auch an Irresein in Zwangsvorstellungen konnte man denken. Die Diagnose Hysterie wäre wohl nur zu stellen gewesen, wenn man auf zwei Momente geachtet hätte, die vielleicht keine absolute Geltung haben, hier aber durch den weiteren Verlauf diese Geltung erlangen: das Vorhandensein einer Ovarie sowie die Selbstkritik. Die Kranke fühlt sich krank und gibt bereitwillig zu, was Melancholiker zurückzuweisen oder nur eben zuzugestehen pflegen. Bei der zweiten Aufnahme erfährt man etwas über hysterische Anfälle, die schon lange bestehen sollen. Das Zustandsbild ist auch ein ganz anderes geworden. Es mag diese wie andere Erfahrungen lehren, daß man Hysterie nie ausschließen darf, bevor nicht eine zu Ende geführte Beobachtung vorliegt, bevor nicht der Fall nach allen Richtungen hin genau studiert wurde.

Im folgenden herrschen überhaupt Anfälle und hysterischer Charakter vor. Patientin wird in immer kürzeren Zwischenräumen auf verschiedene Spitalsabteilungen aufgenommen, läßt sich einmal sogar operieren, gerät in Streit, weil man ihr nicht alle Beschwerden glauben will, weil ihre Heucheleien und Übertreibungen den Spott der Umgebung herausfordern. Schließlich als sie überall genügend bekannt ist, kommt wieder eine ausgesprochene psychische Erkrankung, die Selbstmorddrohung. Es bleibt nichts über, als die Patientin einer humanitären Anstalt zu überantworten, da sie wegen eines schweren Lungenleidens tatsächlich arbeitsunfähig ist.

Diese Beispiele ließen sich beliebig vermehren; es ist mit einem Wort die Soror nosokomialis, deren Krankheitswille, deren Pflegebedürfnis in Formen sich äußert, welche der Hysterie eigen sind, in wirklichen Krankheitserscheinungen, die darum auch als hysterische und nicht als simuliert betrachtet werden müssen. Allerdings gehorcht die Hysterie hier den Gesetzen, die rein theoretisch für intelligente, denkende Simulanten aufgestellt werden könnten. Vom unerfahrenen Stümper unterscheiden sich diese Patienten schon durch die Ökonomie in der Produktion von Symptomen; noch mehr, es sieht gerade so aus, wie wenn diesen insuffizienten Hysterischen selbst die Anstrengung eines zwecklosen Anfalles zu viel wäre und sie sich darum auf das Allernotwendigste beschränken würden. In jeder Krankengeschichte ist das zu verfolgen. So verschwenderisch sie sonst mit den Ausbrüchen ihres Charakters sind in Wort und Schrift, Psychosen sensu strictiori werden immer nur dann herausgearbeitet, wenn es unbedingt erforderlich ist, bestehen möglichst kurze Zeit; vielleicht darf man auf ein allgemeines Gesetz zurückgreifen, das im Haushalte jedes lebenden Organismus überall die größte Sparsamkeit aufzeigt.

c) **Die chronischen hysterischen Psychosen.**

Die letztbesprochene Gruppe akuter hysterischer Geistesstörungen führt eigentlich schon in die chronischen hinein; denn nur in seltenen

Fällen ist es möglich, diese Patienten der menschlichen Gesellschaft wiederzugeben. Nach theoretischem Erfordernis gelänge das nur bei inhumanem Vorgehen, wenn man diesen Individuen den Aufenthalt in der Anstalt so verleiden, so abschreckend gestalten könnte, daß hieraus ein wirksames Gegenmotiv gegen die Willensschwäche und das Sichgehenlassen geschöpft würde, während jetzt noch die Irrenanstalt degenerierte und nicht degenerierte Geisteskranke mit gleicher Liebe umfängt. Wie übrigens bei hartnäckigen Simulanten, sind auch gegen Hysterische Repressivmaßregeln noch keine Gewähr. Es gibt für ein arbeitsscheues Individuum keine größere Qual und keine härtere Strafe als das Arbeitenmüssen und das Gesundseinmüssen kann für eine derartige Hysterie nur auf eine Stufe damit gestellt werden.

Man lernt hier keine neuen Formen mehr kennen. Die chronischen hysterischen Geistesstörungen entstehen durch Aneinanderreihung jener Zustandsbilder, die bereits besprochen wurden, durch Steigerung des hysterischen Charakters als eines Dauerzustandes; sie sind untermischt mit verschiedenerlei seelischen und körperlichen Elementarstörungen der Hysterie in buntester Abwechslung.

Die im Verlaufe der Krankheit auftretenden, kürzere oder längere Zeit währenden, scheinbar grundlosen Verstimmungen, die bald mehr traurig, bald mehr ängstlich sind, werden von unbestimmten Verfolgungs-, Versündigungswahnideen begleitet; flüchtige sowie protrahierte delirante Zustände lösen einander ab; oft wiederholen sich nur Anfälle ohne geistige Störungen. Dann kommen wieder Aufregungszustände aller Art, hysterische Affekte, bloß im Schimpfen sich äußernd oder bis zur Zerstörungswut gesteigert, in der Regel an einen äußeren Anlaß anschließend, von ganz unregelmäßigem, wie zufälligem, doch aber dem Spiele der Vorstellungen gehorchendem Verlaufe. Der stete Wechsel mehr minder krankhafter Symptome bedingt eine chronische Geistesstörung, welche den größten Teil des Lebens andauert; häufig in ansteigendem Verlaufe, indem zuerst nur leichte Verstimmungen, eine gewisse Reizbarkeit vorhanden ist, dann aber allmählich, gewöhnlich im Zusammenhang mit äußeren Ereignissen, eine Exazerbation zur Anstaltsbedürftigkeit führt und die Hysterie, einmal in den neuen Rahmen eingelebt, den Rückweg nicht mehr findet oder nicht mehr finden will. Abgrenzbar sind diese Formen natürlich nicht; praktisch genommen muß man alle hysterischen Psychosen hierher rechnen, die prognostisch als durchaus ungünstig, d. h. unheilbar aufzufassen sind, und das sind alle jene, wo die krankhaften Eigensuggestionen oder der Wille krank zu sein auf Grund der pathologischen Anlage oder ungünstiger Lebensverhältnisse dominiert. Man findet auch hier wieder die aktiven, überwiegend allerdings die passiven Äußerungen der Hysterie. Die Bilder, die im einzelnen gesehen werden, sind die allerverschiedenartigsten. Begonnen sei mit einem

Kasus, der aus Anfällen und Delirien, also in der denkbar einfachsten Weise zusammengesetzt ist und schon über ein Dezennium in Irrenanstalten sich befindet.

Beobachtung XXXIV.

Marie E., geboren 1871, ledig, katholisch, Magd, kommt am

24. Dezember 1892 wegen eines Anfalles zur Aufnahme. Im Jahre 1889 wurde ihr plötzlich einmal schlecht, heiß im Kopf, ohne daß sie dabei umfiel; sie war dann abgeschlagen, hatte keinen Appetit. Diesem ersten Anfalle folgten in vierwöchentlichen Pausen, doch ohne Beziehung zu den Menses, ganz ähnliche. Sie soll an dem betreffenden Tage schon früh blaß sein, Kopfschmerzen haben; sie arbeite aber immer, bis ihr schwindlig werde, sie wisse 5 Minuten nichts von sich, bleibe stehen, gebe auf Fragen keine Antwort, lasse, was sie in der Hand halte, fallen. Nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde setze sie ihre Arbeit fort, klage über Kopfschmerzen und Mattigkeit; einmal fing sie mit Kohlen, die sie eben gefaßt hatte, zu werfen an. Im letzten Anfalle begann sie so zu schreien, daß die Hausleute zusammeneilten, wollte davonlaufen, ins Wasser springen. Für diese Details ist Patientin amnestisch; sie gibt nur zu, aufgeregt gewesen zu sein, weil der Herr sie ins Hotel geben wollte (?). Da an der Klinik keine Störungen zu beobachten sind, wird die Kranke am

20. Jänner 1893 entlassen.

In der folgenden Zeit ist sie nur zum kleineren Teile in Freiheit, wiederholt in der Irrenanstalt. Bei dem geringen symptomatologischen Interesse des Falles mögen nur die letzten Wiener Krankengeschichten auszugsweise wiedergegeben werden.

8. Jänner 1903. Kommt aus einem Dienstplatz mit folgenden Angaben: Psychisch auffallend, moros, für Verkehr wenig zugänglich. Übertrieben sparsam, habe sie den Kindern den Zucker zum Frühstück vorgezählt, mit der Begründung, es heiße sonst, daß sie etwas wegnehme; die Kranke sei Männern gegenüber sehr zurückhaltend gewesen. Jetzt Beziehungsideen: Patientin äußerte, alle Leute auf der Gasse drehten sich nach ihr um, guckten aus den Fenstern auf sie etc. Sie klagte gleichzeitig über allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerzen.

9. Jänner. Sitzt mit ratloser Miene da, scheint ihre Umgebung nicht recht aufzufassen, blickt wiederholt wie suchend im Zimmer umher. Fragen gegenüber sehr unaufmerksam, erwidert meist: „Ich weiß es nicht, ich kenne mich nicht aus." Die Kranke äußert, es sei ihr seit kurzer Zeit so eigen, sie könne nicht denken; in der Nacht sei sie schlaflos, sehe eine Menge der verschiedensten Gestalten, fortwährend höre sie Stimmen, vielen Lärm und Reden durcheinander. Örtlich und zeitlich ist sie nicht orientiert. Patientin horcht gelegentlich auf, spricht über Aufforderung kurze Sätze nach, die sie von den Stimmen hört. „Jetzt ist sie da! jetzt ist sie da!" wird indes bald wieder abgelenkt.

10. Jänner. Liegt mit etwas ängstlich gespannter Miene zu Bett. Im Examen ist sie ziemlich gut fixierbar; antwortet auf alle Fragen, die Orientierung und Daten betreffen, sie wisse es nicht, sei krank, sie kenne sich nicht aus. Wenn auf einer solchen Frage ernstlich insistiert wird, erfolgt endlich eine Auskunft, die zeigt, daß Patientin doch vollkommen orientiert ist. Sie klagt über Kopfschmerzen; es sei ihr schlecht; sie könne nicht mehr recht denken. Sie höre die verschiedensten Stimmen, sehe des Nachts Männer, nebelhafte Gestalten, die sie nicht recht beschreiben könne, es sei ihr überall unheimlich, sie wisse nicht recht, wo sie sei, könne die Zeit nicht abschätzen.

Mit dieser zur Schau getragenen Ratlosigkeit kontrastiert die genaue Kritik, die Patientin an ihrem Verhalten und Zustand übt; die in der Form geordneten sprachlichen Äußerungen, welche keine Zunahme der Ermüdung erkennen lassen. Bei Untersuchung der Sensibilität und auf Druck lebhafte, wie übertriebene Schmerzäußerungen und Abwehrbewegungen.

11. Jänner. Ruhig, lacht öfters auf; berichtet, sie wolle nicht mehr leben, weil sie verwirrt sei. Die Schmerzreaktion erweist sich als sehr wechselnd: eine Untersuchung, die eine Stunde später vorgenommen wird, ergibt keinerlei Hyperalgesie. Gegend Abend heute, wie auch am Vortage lebhafter Angstaffekt.

17. Jänner. Halluziniert dauernd: erklärt, sie sei zu müde, die Sätze nachzusprechen.

23. Jänner. $^1/_2$11 Uhr abends ein Anfall. Die Wärterin berichtet folgendes: Patientin ging, nachdem sie vorher schon geschlafen hatte, auf den Abort; nach einigen Minuten wurde sie im Klosett sitzend in eine Ecke gelehnt aufgefunden, schien ohnmächtig, reagierte nicht auf Anruf, hatte die Augen geschlossen, die Hände zur Faust geballt; bei Eingriff preßte sie die Arme gegen ihre Brust, ließ sich zusammensinken, während Arme und Beine steif blieben. Auf Anruf einer Freundin wälzte sie sich ein paarmal am Boden, legte sich aufs Gesicht, stand dann mit Unterstützung auf, legte sich ins Bett, schlief bis zum Morgen.

24. Jänner. Klage über Kopfschmerz, morose Stimmung, sonst status quo ante.

31. Jänner. Kein Freiheitsbedürfnis; Patientin wird, da sie keine offenkundigen Störungen zeigt, unter heutigem als geheilt entlassen. Am

27. Februar trat sie bei einem Herrn in Dienst, erzählte diesem, daß sie seit 5 Jahren die Wirtschaft eines Verwandten in Salzburg leite; daß sie die Absicht hatte, nach Amerika zu gehen, die Idee aber aufgab, weil sie hörte, daß während der Fahrt die Seekranken ins Wasser geworfen werden; sie zeigte auch Prospekte aus Reisebureaus. Am

12. März bekam Patientin eine Korrespondenzkarte von einem ihr bekannten Schneidermeister. Sie besuchte den Mann, kehrte mit der Nachricht zurück, daß ihr der Schneidermeister einen Heiratsantrag gemacht habe. Die folgenden Tage war sie stützig, mürrisch, vollführte oft nicht die an sie gerichteten Aufträge. Am 18. März kündigte sie ohne Motivierung; gleich darauf bat sie, wiederum bleiben zu dürfen und klagte darüber, daß sie der Heiratsantrag ganz verwirrt gemacht hätte, sie fürchte sich vor „Kinderbekommen“. Am 20. März Nahrungsverweigerung. Die Kranke wird aufgefordert, sich zu Bett zu begeben; sie legt sich angekleidet nieder, reagiert nicht auf Fragen, blickt starr vor sich hin. Am

21. März sollte Patientin Einkäufe besorgen, die ihr diktiert werden, wobei sie statt „Fleisch“ auffallenderweise „Freitag“ schreibt. Kurz darauf ein Anfall: Die Kranke hebt beide Hände auf, sagt zur Dienstgeberin, sie komme ihr ganz verändert vor, stürzt dann zusammen, verdreht den Kopf, verzerrt das Gesicht. Auf Krämpfe in den oberen Extremitäten folgt Bewußtlosigkeit (zirka 20 Minuten), Amnesie.

Nachmittags bei der Aufnahme ist Patientin unruhig, rauft beim Entkleiden, legt sich in das Bett einer andern; bald darauf still, liegt mit geschlossenen Augen da, ohne Anteil an der Umgebung zu nehmen; dem Arzte gegenüber ist sie abweisend, sie gräbt den Kopf ins Kissen, leistet jedem Eingriff passiven Widerstand, befolgt Aufträge nicht. Endlich äußert sie in

ganz ruhigem Tone, sie wolle sich heute nicht anschauen lassen, da sie im Kopfe nicht richtig sei. Sie erkennt den Arzt wieder, ebenso die Örtlichkeit, in ihrer apodiktischen Weise erklärt sie aber, sie wisse nichts; fügt bei, niemand erkenne ihren Zustand, niemand könne ihr helfen. In etwas gereizter moroser Weise lehnt sie jedes weitere Examen ab; sie verweigert auch somatische Untersuchung. — Starke, anscheinend intendierte Muskelspannung. Gegen Nadelstiche erfolgen Abwehrbewegungen, nachts schläft die Kranke gut.

22. März. Geriert sich heute freier; wiederholt auf alle Fragen: „Mir ist heute schon besser"; lehnt in ungezogener Weise jede Antwort ab. Wälzt sich im Bett herum, schließt die Augen.

23. März. In die Irrenanstalt transferiert.

Es dürfte sich hier wohl nur um eine Differenzierung gegen Epilepsie handeln. Doch ist schon bei oberflächlicher Bekanntschaft mit der Kranken klar, daß von epileptischem Charakter keine Rede sein kann, während das Nichtwissen und die Krankheitsbetonung, dazu der Charakter der Anfälle, dieselben als hysterische stigmatisieren; um so mehr, als schließlich ein Dauerzustand resultiert, der den Eindruck der Ungezogenheit macht. Patientin hält es in keinem Dienst aus, beginnt ganz unmotiviert mit ihrer Pseudologie, kündigt selbst, wenn ihr nicht gekündigt wird. Sie hat im Laufe der Jahre die Anstaltsbehandlung schätzen gelernt und will sich nunmehr in Freiheit nicht mehr fortbringen.

Prinzipiell unterscheidet sich Beobachtung XXXIV nicht von den am Schlusse des vorigen Kapitels und manchen an früherer Stelle mitgeteilten. Eine gewisse Anzahl von Hysterischen hat die Neigung, unheilbar psychotisch zu erkranken; es ist eigentlich nur eine Frage der Zeit, ob man ein diesbezügliches Urteil schon bestimmt abzugeben vermag. Der Schein einer Progression taucht dadurch auf, daß verschiedene Einzelstörungen in kürzeren Zwischenräumen sich wiederholen, der Zustand im einzelnen immer reicher ausgestaltet wird. Tatsächlich herrscht der bunteste Wechsel, kein Symptom wird dauernd festgehalten und kein einziges hinterläßt einen Defekt, der nicht schon in der Anlage vorgebildet gewesen wäre.

Eine andere Eigentümlichkeit der chronisch hysterischen Psychosen liegt in ihrer Natur. Alle Elementaräußerungen der Krankheit haben die Tendenz zu remittieren und zu intermittieren, andererseits wird durch die Aneinanderreihung der Affektausbrüche des hysterischen Charakters auch ein remittierend-intermittierender Verlauf des ganzen durch das Leben sich hinziehenden Zustandes bewirkt. Dazu kommt, daß die Geistesstörungen weiblicher Individuen eine gewisse Periodizität schon aus Gründen der periodischen Veranlagung des Weibes selbst tragen, indem, wie eigentlich normal, eine gesteigerte Labilität der Psyche an die Menses anknüpft. Hierdurch kann ein menstruelles oder ein periodisches Irresein in kurzen Phasen vorgetäuscht werden. Die Beobachtungen sind nicht einmal so selten, wo gerade nur zur Zeit der Regel hysterische Symptome auftreten. Häufiger ist der Dekursus allerdings ein etwas unregelmäßiger auf Grund

äußerer oder innerer Einflüsse. Während der einzelne Affektausbruch durch einen kleinen Anstoß hervorgerufen, durch Ablenkung verändert, beseitigt wird, kehren — durch Erinnerungszwang oder durch die äußeren unaufhörlichen Reize angeregt — pathologische Gedankenverbindungen doch immer wieder und geben ein Mosaik der verschiedenartigsten Stimmungsexzesse, das mit Schwankungen respektive Unterbrechungen anhält.

Damit nähert man sich Zustandsbildern, welche im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins gesehen werden. Zu einem typisch zirkulären Verlaufe wird es wohl nur ganz ausnahmsweise kommen. Immerhin ergeben sich ernste differential-diagnostische Schwierigkeiten aus der merkwürdigen Tatsache, daß bei zirkulären Psychosen eine Reihe hysteriformer Erscheinungen, Ohnmachtsanfälle, eine gewisse Beeinflußbarkeit, theatralisch-affektiertes Gebaren, eine Sucht zur Übertreibung beobachtet wird, was eine außerordentliche, wenngleich nur äußerliche Ähnlichkeit im Symptomenkomplexe bedingt. Sachlich bedeutsamer erscheint die Konstatierung, daß das Verhältnis zwischen Hysterie und manisch-depressivem Irresein, überhaupt allen Formen degenerativen Irreseins in weiterem Sinne ein anderes ist als das zwischen Hysterie und nicht degenerativen Psychosen, wie schon eingangs flüchtig erwähnt wurde. Degenerativ veranlagte Individuen besitzen von Haus aus hysterische Neigungen und umgekehrt: alle Hysterischen zeigen als Degenerierte eine Neigung zu Periodizität der psychischen Störungen. Es mag also hier tatsächlich eine Kombination von periodischen Verstimmungen aus innerer Gesetzmäßigkeit und Hysterie gefunden werden. Immerhin muß die Klinik zwei verschiedene Krankheitstypen unterscheiden, wenn die Übergänge auch so fließend sind, daß erst nach längerer Beobachtung, vielleicht im Rückblick auf die ganze Biographie durch die psychologische Analyse eine Entscheidung getroffen werden kann, während dem augenblicklichen Zustande gegenüber eine subjektive Meinungsdifferenz möglich ist, indem der eine Beobachter etwas als hysterisch erklärt, was der andere noch zum Erscheinungsbilde des zirkulären Irreseins rechnet. Ein wohl eindeutiger Fall soll hier eingereiht, ein etwas schwieriger zu beurteilender im Kapitel „Differentialdiagnose“ analysiert werden.

Beobachtung XXXV.

Elise P., geboren 1883, katholisch, ledig, Dienstmädchen, kommt am 16. November 1900 an die Klinik.

Mutter der Patientin nervös, starb früh an Tuberkulose; die Kranke selbst zeigte sich unverwendbar, hatte keine Ausdauer zur Arbeit, konnte mit Geld nicht umgehen, nicht einmal ganz kleine Einkäufe besorgen. Sie weist nur zwei Posten auf, die sie nach 4 und 3 Monaten unter eigenen Umständen wieder verließ. Das erste Mal wurde sie entlassen, weil sie ein Kleid in Petroleum getränkt hatte, als Grund angab, daß sie Petroleum gerne rieche. Seit jeher schon habe sie ihre Taschentücher in Petroleum, Benzin oder Kampferlösungen getaucht, gleichsam als Parfüm. Am zweiten Posten erklärte

sie unter Vorweis eines gefälschten Schreibens, daß ihre Eltern gestorben, ein Bruder darüber irrsinnig geworden sei und sie sich nun umbringen müsse, zum Fenster hinabzuspringen beabsichtige. Patientin kam darum (im Juli 1900) zu den Eltern, sollte sich hier im Häuslichen beschäftigen, legte aber nur über Drängen Hand an. Sie war wortkarg, wollte das Haus nicht verlassen. Die eigentlich seit der Kindheit gedrückte Stimmung — es soll nie ein Lächeln über ihr Gesicht geglitten sein — nahm in den letzten zwei Monaten zu. Sie klagte über heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. In der Nacht sah sie allerhand Bilder und Leichen, äußerte Todesbefürchtungen. Vor mehreren Tagen sei sie bei einem Leichenbegängnisse gewesen, vor ihr sei eine Kerze in der Mitte abgebrochen, auf den Boden gefallen und verlöscht; das sei ein sicheres Zeichen, daß sie sterben werde. Endlich schrieb sie einen Brief an ihren Bruder, in welchem sie Selbstmord durch Erstechen oder durch Herabstürzen in Aussicht stellte. Ethische Defekte. Sie ging einmal mit einem ihr nicht näher bekannten Manne in ein Hotel.

Im Beobachtungszimmer läßt sie sich zum Examen führen, sitzt regungs- und interesselos da, blickt vor sich ins Leere. Auf Fragen antwortet sie leise, zögernd, meist mit: „Ich weiß nicht“, ist aber durch nachdrückliche Wiederholung der Frage zu einer sachlichen Auskunft zu bringen. Auf Nadelstiche erfolgen kurze lebhafte Fluchtbewegungen, doch weicht die Kranke dem drohenden Stiche auch bei mehrmaliger Wiederholung nicht im geringsten aus. Sie besorgt ihre Bedürfnisse, pflegt ihren Körper, bleibt die übrige Tageszeit im Bette liegen, das Gesicht in den Polster gedrückt; sie spricht mit niemandem, ignoriert den Besuch der Angehörigen, ist nur zu der Mitteilung zu bringen, daß sie das Leben nicht mehr freue und sie darum sterben wolle; außerdem klagt sie über Schmerzen am Hinterhaupte.

In die Irrenanstalt kommt Patientin mit apathischem Gesichtsausdruck, absolut mutazistisch; keinerlei Spannungszustände in der Muskulatur. Die Kranke befolgt zögernd einfache Aufforderungen, nickt sinngemäß „ja“ oder „nein“ mit dem Kopfe.

17. November. Schlaf und Nahrungsaufnahme ungestört. Patientin beschäftigt sich nicht, ist den Ärzten gegenüber vollkommen schweigsam, verkehrt aber ganz lebhaft mit einigen Kolleginnen, die sie vom Beobachtungszimmer her kennt.

18. November. Heute zum Reden aufgelegt; allerdings erfolgen die Antworten etwas zögernd und mit monotoner Stimme. Die Kranke ist örtlich und zeitlich vollkommen orientiert, erzählt von Sinnestäuschungen: Sie höre schimpfen, Musik; sehe öfters den Tod in Gestalt eines Gerippes vor sich. Sie fürchte sich aber nicht, denn sie wolle wegen ihres Kopfleidens gerne sterben. Sie glaube, daß die Leute ihre Gedanken wissen, sie merke es ihnen an. Gedankenecho besteht indessen nicht. Patientin steht ihrer Lage ganz verständnislos gegenüber, weiß nicht, warum sie hereingekommen, von welchen Umständen ihre Entlassung abhänge; sie macht sich auch keine Gedanken über die berichteten Halluzinationen, nimmt dieselben als etwas Gegebenes einfach hin; dabei subjektives Krankheitsgefühl.

20. November. Böse Träume: Totenköpfe sagen ihr, daß sie sterben müsse. Sie möchte sich am liebsten das Leben nehmen. Beschäftigt sich mit Handarbeiten.

26. November. Liegt zu Bette mit tiefleidendem Gesichtsausdruck, spricht kein Wort. Allgemeine Hyperalgesie.

29. November. Druckempfindlichkeit des Nerv. supraorbitalis und

occipitalis links, Hyperästhesie und Hyperalgesie der ganzen linken Körperseite, die gegen den Fuß zu abnimmt. Der zehnte dorsale Wirbeldorn druckempfindlich. Leichte motorische Schwäche im linken Arm und Bein; starke Einschränkung des Gesichtsfeldes links.

9. Dezember. Seit einigen Tagen freier, wird zweimal hypnotisiert, was ohne Schwierigkeit gelingt.

19. Dezember. Bei der Visite wieder wortlos zu Bett, wendet sich vom Arzte ab, verbirgt das Gesicht in den Händen; außerhalb der Visite lebhaft, verkehrt mit der Umgebung.

31. Dezember. Patientin schließt intime Freundschaft mit hysterischen Mitkranken, wechselt von Zeit zu Zeit das Objekt ihrer Zuneigung; den Ärzten gegenüber meist unzugänglich, beginnt höchstens in gereiztem Tone zu querulieren, zu schimpfen und zu zertrümmern.

Dieser Zustand ändert sich erst gegen Juni 1901. Die Hemmung, die womöglich noch tiefer geworden ist, da Patientin jede Annäherung energisch abwehrt und wenig Nahrung zu sich nimmt, wechselt mit deutlich manischen Episoden. Die Kranke steht plötzlich auf, spricht laut und lebhaft, beschäftigt sich mit ihrer Handarbeit; äußert allerlei Wünsche, ist heiter. Über die Innenvorgänge während der Hemmungszustände kann oder will sie keine Aufschlüsse geben. Im folgenden tritt Erotismus immer stärker hervor. Patientin geht mit aufgelösten Haaren einher, spricht von Heiraten, singt, reimt, macht einem der Ärzte eine Liebeserklärung. Auch in ruhigen Zeiten unmotivierte Raptus. Am

1. August z. B. sitzt die Kranke ganz still im Garten und erwartet die Schwester, um mit derselben in den Vorgarten zu gehen. Als die Schwester angemeldet wird, springt Patientin plötzlich in die Höhe und schlägt in wohlvorbereiteter Weise blitzgeschwind 6 große Fensterscheiben ein.

Häufig Klagen über Kopfschmerzen.

8. September. Äußert eine Reihe von Beeinträchtigungsideen: Man wollte sie die Buchhaltung nicht lernen lassen; die Schwester sekierte sie; die Internierung hier sei ein Racheakt der „in höchstem Grade verrückten Schwester". Rechtsseitige Ovarie; linksseitige Hypalgesie (Brust ausgenommen) andauernd.

Unregelmäßiger Stimmungswechsel. Die Kranke duldet wochenlang keinen Besuch, will bald ihre Mutter, bald ihre Schwester nicht sehen; ist heute mit einem Arzte freundlich, um ihm tagsdarauf eine schwere Eßschale nachzuschleudern, bittet schriftlich um Entschuldigung; all das ohne adäquaten Affekt. Ende November kommt eine heitere Zeit; Patientin schreibt lustige Briefe, Gedichte, persifliert sich selbst. Unvermittelt wird sie wieder trotzig, beschimpft die Ärzte, droht dieselben zu insultieren: „Jeder Arzt ist falsch!" Sie stellt Selbstmord in Aussicht, markiert tatsächlich auch ein Tentamen suicidii, indem sie mit einem Knopf ihren linken Vorderarm zerkratzt. In einem Briefe wieder Wahnideen: schon als sie ein kleines Kind war, legte man es darauf an, sie in die Irrenanstalt zu bringen.

Die Kranke besucht regelmäßig den Vorgarten, die Kirche, alle Unterhaltungen; wiederholt Ausgänge; dabei ängstigt sie ihre Angehörigen durch die fortdauernden Selbstmorddrohungen, fügt hinzu, in die Anstalt kehre sie lebend nur zurück, weil sie es ehrenwörtlich versprochen habe. Die auch bei mittlerer Stimmungslage sehr unverträgliche Patientin wird wegen ihrer „Verstellung den Ärzten gegenüber" von den Mitkranken gehänselt, reagiert darauf mit Fenstereinschlagen.

Das Jahr 1902 eröffnet in unnahbarer Stimmung. Am

3. Jänner verlangt sie auf die Zwischenabteilung, sie halte es wegen einer bestimmten Person nicht länger aus.

4. Jänner. Heiter, gesprächig, arbeitet.

5. Jänner. Lebhafte Eifersüchteleien; kündigt vormittags in ganz ruhigem Tone an, daß sie nachmittags viele Fensterscheiben einhauen werde. Als der Arzt nachmittags kommt, geschieht das tatsächlich. Sie begleitet die Anordnungen des Arztes mit frechen Bemerkungen. Hinterher tanzt sie im Saale herum; behauptet, sie habe es nur aus Bosheit getan.

6. Jänner. Lacht und spricht sehr viel.

9. Jänner. Arbeitet fleißig, ruhig.

10. Jänner. Verstimmt zu Bett, den Kopf vergraben. Steht gleich nach der Visite auf, ist sehr laut und lebhaft, verstummt plötzlich sowie der Arzt unvermutet zurückkehrt.

16. Jänner. Durch einige Tage fleißig; heute nachmittags wieder verstimmt, zu Bette.

17. Jänner. Erregt, weint, verlangt in die Zelle. Angeblich wurde sie von einer Mitpatientin beschimpft. Löst sich die Haare auf, schluchzt laut. In der Zelle rasche Beruhigung; geht schon abends auf die Zwischenabteilung zurück.

18. Jänner. Wieder verstimmt zu Bett, antwortet auch auf dringliche Fragen nicht.

19. Jänner. Klagt über Halsschmerzen. Kaum merkliche Rötung einer Tonsille.

20. Jänner. Läppisch, heiter, bleibt zu Bette.

21. Jänner. Macht übermütige Scherze. Erklärt, sie wolle nach Afrika fahren, nehme sich einen der Ärzte in einer Kiste mit; derselbe müsse aber die Uniform ablegen, sonst glauben die Leute dort, daß sie Krieg führen. — Setzt sich abends nackt auf die Steinfliesen des Ganges, in der ausgesprochenen Absicht, Halsweh zu bekommen.

22. Jänner. Schimpft, warum sie in der Irrenanstalt sei, droht mit Fenstereinschlagen.

29. Jänner. Deprimiert.

30. Jänner. Geht auf den Ball.

Seither vollkommen unnahbar, sitzt immer in einem Winkel, wählt und wechselt den Platz jedoch so, daß die Visite öfters an ihr vorüber muß. Angesprochen bleibt sie stumm.

14. Februar. Springt abends plötzlich auf, schlägt Fensterscheiben ein, verletzt sich ziemlich schwer. Spricht beim Verbinden nicht, rauft mit den Wärterinnen. — Erkundigungen in der Umgebung klären dieses Ereignis auf. Patientin hat auf dem Balle die Bekanntschaft eines männlichen Geisteskranken gemacht; dieser richtete Liebesbriefe an sie, die abgefangen wurden; Patientin erfuhr davon. Es gab einen Tratsch auf der Abteilung; man redete ihr ein, in der Krankengeschichte stehe, daß sie Liebesbriefe schreibe etc.

15. Februar. Vollkommen ruhig, geht in den Vorgarten.

20. Februar. Queruliert wegen ihres Verbandes, dann wegen ihrer Ohren.

25. Februar. Läuft mit aufgelösten Haaren umher, nennt die Mitkranken scherzhaft mit erfundenen Namen.

2. März. Erregt, teilt Ohrfeigen aus; schreit, wenn man sie zur Rede stellt; beruhigt sich auf der Tobabteilung immer sofort.

7. März. Stellt heute die Ärzte bei der Frühvisite in sehr erregter Weise, sie lasse sich nicht zum Narren halten, agitiert heftig mit den Händen, schlägt vier Fensterscheiben ein. Nach einer Apomorphininjektion beruhigt.

14. März. Seit gestern gehemmt, deprimiert, spricht absolut nichts.

15. März. Früh zur ärztlichen Visite stumm; steht dann auf, ersucht um einen Ausgang. Als derselbe aus administrativen Gründen verschoben wird, meint sie, das war böse Absicht.

16. März. Sehr heiter, lacht, lärmt; Tobabteilung.

20. März. Verlangt allerlei Benefizien, die sie auch auf Umwegen durchsetzt. Höhnt dann den Arzt, derselbe habe vergeblich versucht, ihr etwas zufleiß zu tun.

26. März. Streitsüchtig, droht, daß sie etwas anstellen werde. Schlaf gut.

27. März. Abweisend, verlangt, man solle sie in Ruhe lassen.

28. März. Heiter, wieder zugänglich.

29. März. Sehr unwirsch, abweisend.

30. März. Früh heiter, zugänglich; abends wegen Versagen eines Wunsches gereizt.

1. April. Kommt hochgradig erregt von der Ohrenklinik zurück; der Arzt dort habe gesagt, es fehle ihr eigentlich nichts; darüber ist Patientin ungeheuer aufgebracht, sie schimpft, schreit, droht mit Selbstbeschädigung, rauft sich tatsächlich Haare aus. Im Gitterbett rasche Beruhigung.

2. April. Trotz Versagen eines Wunsches ruhig.

5. April. Erregt, droht die Fenster einzuschlagen oder sich etwas anzutun.

6. April. Klagt über Halsschmerzen. Objektiv nihil.

7. April. Mutazistisch.

12. April. Wieder erregt; weigert sich, ins Krankenhaus zu gehen.

13. April. Schreit, schimpft, droht; wird ins Gitterbett gelegt.

14. April. Patientin hat sich allmählich in eine Neuordnung des Dienstes gefügt, macht ihrem Arzte keine Schwierigkeiten mehr, dafür apostrophiert sie andere Herren in läppischer Weise, lacht überlaut.

19. April. Ruhig.

21. April. Hochgradige, heitere Verstimmung, verlangt Bier, Entlassung. in den Hörsaal. Auf der Abteilung bleibe sie nicht, sie sei kein Narr.

22. April. Depression.

23. April. Heute wieder laut.

27. April. Nach drei ruhigen Tagen lärmend, verlangt einen Ausgang. Mittags Beruhigung. — Bei der Nachmittagsvisite ist Patientin still und stumm. Abends beginnt sie zu schreien, bedroht die Umgebung; sie reiße allen die Haare aus. Zerschlägt einen Teller. Gitterbett.

28. April. Schon von weitem vernehmlich, macht Witze, lacht selbst darüber. Mit komischem Pathos erzählt sie, daß sie gestern der Wärterin eine Nase drehte und darum ins Gitterbett gelegt wurde. Als die Visite sich entfernt, löst Patientin unter unbändiger Heiterkeit die Maschen des Netzes auf, kommt herangestürmt, weiß eigentlich nicht, was sie verlangen soll, meint endlich: ihre Entlassung. — Sie spricht den ganzen Tag. Abends zerreißt sie einen Deckenspiegel und eine Matratze, frägt scherzend vorher immer, ob sie das tun soll. Schlaf gut.

29. April. Ruhig. Will abends plötzlich auf die Tobabteilung. Nach wenig Minuten verlangt sie wieder auf die Zwischenabteilung zurück; auch dieser Wunsch wird ihr erfüllt.

30. April. Sehr erregt, beschwert sich beim Professor, daß der Arzt sie zum Narren halte; schlägt mit einem Fußschemel eine größere Anzahl Fensterscheiben ein. Nach Apomorphininjektion ruhig, zu Bett.

15. Mai. Die Zeit über unauffällig, arbeitet fleißig.

19. Mai. Plötzlich heiter erregt, begrüßt stürmisch den Arzt, überreicht einen Fliederbusch, macht dabei einen Liebesantrag.

20. Mai. Vollkommen ruhig, arbeitet.

25. Mai. Zu Bett, Kopfschmerzen.

26. Mai. Außer Bett, wünscht in eine andere Anstalt transferiert zu werden.

5. Juni. Hochgradige heitere Verstimmung; erzählt den Mitpatienten, sie habe sich mit dem Arzte verlobt. Sie dekoriert das Gartentor mit Kränzen, schmückt sich und eine schwachsinnige Mitkranke.

6. Juni. Überreicht Zettel, auf denen „Gebote" für die einzelnen Herren stehen; nur wenige derselben erheben sich auf das Niveau eines Witzes.

17. Juni. Mit zweitägiger Unterbrechung wieder lärmend, springt mit aufgelösten Haaren herum, präsentiert Blumen. Sie verlangt einen anderen Liebhaber, ihre Entlassung, droht mit Fenstereinschlagen, behördlicher Anzeige; läßt sich ohne weiteres abweisen.

18. Juni. Für die Visite zieht Patientin immer ihr schönstes Kleid, ein Babykostüm an, das sie dann sofort wieder ablegt. Zur Vorlesung gerufen, stürmt sie laut und lachend in den Hörsaal; doch macht ihre Heiterkeit einen künstlichen, übertriebenen oder gar erzwungenen Eindruck. Es fällt der Kranken wenig ein; auch besteht kein Bewegungsdrang. In schamloser Weise erzählt sie, daß sie in die Anstalt kam, weil sie sehr verliebt war, sehr viele Alte als Geliebte draußen hatte; wieviel wisse sie nicht, da sie keine Notizen darüber führte. Sie würde sich schämen, wenn sie noch Jungfrau wäre. Das goldene Kreuz, das sie am Halse trägt, behauptet sie gestohlen zu haben; einer Wärterin droht sie „Watschen mit Sprungfedern" an. Was man ihr über Selbstmordversuche vorhält, seien nur Erdichtungen; es wäre übrigens kein Schade, wenn sie hin würde. — Bei der körperlichen Untersuchung macht sie ungezogene Bemerkungen; bei der Prüfung auf Ovarie z. B. „weiter geht's nicht sonst kommt man auf einen Punkt, auf den man nicht kommen darf". — Ausgedehnte Analgesien, dazwischen Druckpunkte, so zwischen den Schulterblättern, wo Druck Opisthotonus auslöst.

19. Juni. Lacht und spricht den ganzen Tag; nachts ruhig.

21. Juni. Zu Bett, klagt über Kopfschmerzen.

Die folgenden Tage auf der Höhe erotischer Erregung. Sie ist ganz phantastisch geschmückt, trägt in Haar und Gewand unzählige Bändchen in allen Farben, Blätter, künstliche Blumen aus Seidenpapier, Schmuck etc. Eine kleine Idiotin derselben Abteilung hat sie bis ins Detail genau gleich geschmückt. Auch die Wände werden mit allerlei Flickwerk beklebt. Überreicht zahllose Schriftstücke dummen Inhaltes. Schläft nachts gut.

30. Juni. Verlangt ins kalte Bad, droht mit Fenstereinschlagen, muß ins Gitterbett gelegt werden. Abends ruhig.

2. und 3. Juli. Übertrieben laut, läppisch heiter. Wünscht eine Entfettungskur.

4. Juli. Reizbar; reißt sich nach der Visite die Haare aus. — Motiviert ihre Aufregung damit, daß sie keine Schilddrüsentabletten bekomme.

6. Juli. Geordnet, verfaßt neuerlich eine Eingabe um Transferierung.

8. Juli. Vorübergehend reizbar, verbietet dem Arzte, sie anzusprechen. Die folgenden Tage arbeitet Patientin und grüßt.

20. Juli. Deprimiert, zu Bett.

22. Juli. Sehr heiter, dekoriert die Gartentüre, setzt eine phantastische Haube auf.

23. Juli. Erregt, beschimpft den Arzt, arbeitet gleichzeitig. Bei der Nachmittagsvisite zu Bette; dann steht Patientin wieder auf und setzt sich zur Handarbeit.

26. Juli. Fleißig, dabei reizbar, unzugänglich.

28. Juli. Die Kranke geht ins kalte Bad, kehrt zurück mit der Klage, es sei ihr nicht wohl; legt sich zu Bett.

Durch 3 Tage Temperatursteigerung bis 39·7, ohne objektiven Befund. Am

1. August. Temperatur normal. Patientin ruhiger; es kommt im August nur einmal im Anschlusse an eine ärztliche Ansprache zu Fenstereinschlagen; meist arbeitet die Kranke sehr fleißig.

Am 25. Juni 1903 wird Patientin in eine andere Irrenanstalt transferiert.

Im Überblicke über das ganze Krankheitsbild läßt sich folgendes sagen: Deutliche Züge hysterischen Charakters sowie einzelne hysterische Symptome gehen voran, dann setzt eine Verstimmung ein, die man für Melancholie halten könnte, wenn nicht der gewisse unaufrichtige Zug den Beobachter auf eine andere Fährte brächte. Patientin schreibt an sich selbst einen Unglücksbrief erfundenen Inhaltes, weist denselben vor, macht ihrer Dienstgeberin die offizielle Mitteilung, daß sie sich umzubringen beabsichtige, eine bei Melancholikern ganz ungewöhnliche Form. Tatsächlich ist keine Hemmung eingetreten; Patientin wollte nie etwas arbeiten, sie findet nur jetzt in der übertriebenen Ausmalung ihrer Todesverkündigung, welche durch die Erscheinung des Todes in Person noch unterstützt wird, ein Motiv. Wie ein vertrauliches Examen im Beginne des Leidens wahrscheinlich macht, führt die Verstimmung auf ein Ereignis zurück, daß der Kranken noch in der Erinnerung überaus peinlich bleibt, auf ihre Defloration. Sie verarbeitet dieses Trauma aber in hysterischer Weise. Die schwere Depression wird durch freie Momente abgelöst, und zwar in deutlicher Beziehung auf die Umgebung. Bei der Visite wortlos, unterhält sie sich mit anderen Patienten recht lebhaft. Sie beginnt die Annehmlichkeiten des Lebens wieder zu schätzen und fühlt sich als Kranke in der Irrenanstalt recht wohl. Bald kommt es zu Affekten der Reizbarkeit, endlich zu anscheinend manischen Zustandsbildern, ohne Witz und Erfindungsgabe. Da außerdem Wahnideen der Beeinträchtigung geäußert werden und zwar bei mittlerer Stimmungslage, so entsteht ein kompliziertes Zustandsbild, das nach dem objektiven Bericht der Krankengeschichte um so schwerer zu werten ist, als man den unaufhörlichen Stimmmungskontrasten in engem Rahmen nicht gerecht werden kann, da obendrein ein Eingehen in die Gedankengänge der Patientin auf technische Schwierigkeiten stieß. Jede Beschäftigung mit ihr veranlaßt gleichgeartete Kranke, sie bei ihrer schwachen Seite zu fassen und zu hänseln, was zu Zornesexplosionen und Fenstereinschlagen Anlaß gibt.

Zum Verständnis des Gesagten muß berichtet werden, daß durch die Erfindungsgabe der Patientin ein Roman gesponnen wurde, der die Kranke in nahe Beziehungen zum Arzte bringt. Die Patientin rühmt sich unter Berufung auf eine angebliche gemeinsame Bekanntschaft besonderer Protektion, wird daher gereizt, wenn man sich gar nicht mit ihr beschäftigt, sie wird von den anderen attakiert, wenn man ihr einen Wunsch erfüllt. Somit bestanden auf der Abteilung geradezu unerträgliche Verhältnisse. Immerhin gelang es durch Erkundigung in der Umgebung eine Reihe sonst rätselhafter Stimmungsanomalien glatt aufzuklären, soweit, daß das Treiben der Patientin zumeist nur als Reaktion auf äußere Vorgänge und unmittelbare Reflexion darüber erschien. Wenn man so im Gegensatze zu der rein organischen, zwingenden

Verstimmung des manisch-depressiven Irreseins die einzelnen Krankheitsmomente psychologisch motivieren kann; wenn man weder Melancholie noch Manie, sondern nur Stimmungsexzesse vorfindet; wenn man obendrein hysterischen Charakter, Suggestibilität, eine Überfülle psychischer und körperlicher Stigmen vor sich sieht: dann hat man wohl das Recht, Hysterie zu diagnostizieren.

Auch die chronischen Formen hysterischer Geistesstörung gaben Anlaß, eine Reihe von Bildern abzugrenzen, und zwar nach der äußerlichen Ähnlichkeit mit anderen bekannten Psychosen des Systems. Man hat mehrere Formen von hysterischer Paranoia, sogar eine hysterische Pseudoparalyse unterschieden.

Tatsächlich äußern fast alle Hysterischen Verfolgungsideen; auch die letzt vorgeführten Patienten. Jede Hysterica glaubt sich mißverstanden, unterdrückt, weniger geliebt als ihre Schwestern, für närrisch erklärt, verspottet, verfolgt, eventuell sogar vergiftet. Die Kranken knüpfen ganz regelmäßig an ein affektbetontes Ereignis an: alles sei eine Intrigue, angezettelt von ihren Nebenbuhlerinnen, nur um ihnen zu schaden; oder es werden hypochondrische Befürchtungen geäußert. Es ist weiters selbstverständlich, daß die Hysterischen ihrer erhaltenen Besonnenheit entsprechend diese Wahnideen in ein gewisses System bringen. Das alles berechtigt aber noch nicht zur Diagnose Paranoia. Zum klinischen Bilde der letzteren gehört vor allem ein typischer Verlauf, die Weiterbildung des Systems durch Beziehungswahn, zunächst streng einheitlich und konsequent, die Progression bis zu einem Terminalstadium psychischen Verfalles.

Aus dem Verfolgungswahn der Hysterischen leuchtet der hysterische Charakter unverkennbar heraus, dazu kommen Widersprüche im Symptomenkomplexe. Die Patienten scheinen unaufrichtig, indem z. B. der zu erwartende depressive Affekt fehlt; die Erzählung wird mit lächelndem Gesicht vorgebracht; es sieht wenigstens so aus, wie wenn die Kranken das Lächeln nur schwer verhalten könnten. Sie blicken den Arzt von der Seite an, fügen eine Kritik bei, bitten nur ja zu glauben, es sei wirklich so. Sie rühmen sich förmlich gewisser Wahnideen, ohne die Konsequenzen aus ihnen zu ziehen, sie drängen der Umgebung ihre Sinnestäuschungen entgegen, suchen damit Aufmerksamkeit zu erwecken. Sie beobachten die Wirkung ihrer Konfabulationen, daß die ganze Welt sie verfolge, daß sie jedermann zur Last sind, daß man ihre Gesellschaft meide; finden sie Gehör, so malen sie immer plastischer, gebrauchen dichterische Ausdrücke. Anderenfalls suchen sie sich ein dankbareres Publikum. Manchmal brechen die Verfolgungswahnideen der Hysterischen stürmisch aus, es ist eine plötzliche Massenverfolgung, wie beim Alkoholwahnsinn. Das Krankheitsbild schließt wieder als Hysterie. Der hier zu vertretenden Auffassung nach wäre die Bezeichnung „hysterische

Paranoia" zu vermeiden, die Fälle sind entweder Paranoia oder Hysterie. Soweit Krankengeschichten in der Literatur vorliegen, gehört das Gros der scheinbaren Mischfälle zur Paranoia. Die eigene Erfahrung verzeichnet unter all den vielen Hysterischen keinen einzigen Kasus, der tatsächlich durch längere Zeit differential-diagnostische Schwierigkeiten hätte verursachen können; am ehesten illustriert noch die paranoische Verkleidung einer Hysterie

Beobachtung XXXVI.

Christine L., geboren 1883, ledig, katholisch, Näherin.

Patientin wird als charakterologisch abnorm geschildert; eigensinnig und unfügsam, erhob sie die Hand gegen die eigene Mutter, ging dann mit einem jungen Manne durch. Seither zürnt der Vater und ist eine Rückkehr ins Elternhaus unmöglich.

2. Februar 1901. Sturz über eine Treppe, ein Stockwerk hoch. Es werden die Erscheinungen einer Gehirnerschütterung berichtet. Aphasie und Inkontinenz gingen rasch vorüber, eine rechtsseitige Hemiparese bleibt zurück. Seither auch psychische Störungen: Patientin sehr nervös, reizbar, leidet an Aufregungszuständen, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Sie kommt am 24. September 1902 an der Nervenklinik zur Aufnahme:

Die rechtsseitige Hemiparese zeigt einige Besonderheiten, welche die Diagnose Hysterie rechtfertigen. Beim Zähnezeigen verzieht Patientin beide Mundwinkel wenig; beim Sprechen besteht keine Innervationsdifferenz zwischen rechts und links. Die Zunge wird ausgiebig und gerade vorgestreckt. Bei Aufforderung, dieselbe seitlich zu verschieben, bringt die Kranke selbe nur mühsam nach links, gar nicht nach rechts. Der rechte Arm ist kaum abgemagert, liegt meist regungslos neben der Patientin. Fordert man irgendwelche Bewegungen, so kommen einige ruckartige schüttelnde Aktionen zum Vorschein. Die Kranke geht vorn übergebeugt, den Blick auf den Boden geheftet, sie schiebt das rechte Bein schleifend ruckweise vor; keine Zirkumduktion, auch die Prüfung des Flankenganges (Schüller) ergibt nicht das Verhalten der organischen Hemiplegie. Hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes, rechtsseitige Hemianästhesie, Hemianalgesie, Störung der tiefen Sensibilität; auch sind rechts Gehör, Geruch, Geschmacksempfindungen herabgesetzt.

Unter faradischer Behandlung bessert sich der Nervenstatus sehr rasch, der rechte Arm wird unter schüttelnden Bewegungen bis über den Kopf gehoben. Der Gang ist kaum mehr gestört.

24. Oktober. Patientin verwendet die rechte Hand zum Arbeiten, Häkeln.

15. November. Abends. Die Kranke erbricht, liegt dann somnolent dahin.

17. November. Schläft noch immer mit kurzen Unterbrechungen, nimmt keine Nahrung. Aufgeweckt, antwortet sie schleppend nur wenn man sie stimuliert. Sie frägt nach dem Tage, weiß die Namen der Ärzte und Wärterinnen nicht anzugeben, schläft sofort wieder ein. Puls und Temperatur normal. — Die Bettnachbarin berichtet, daß die Patientin wiederholt Selbstmordabsichten äußerte, dieselben mit ihren häuslichen Mißhelligkeiten sowie mit ihrem Leiden motivierte, daß sie 20 Sulfonalpulver mit in das Spital gebracht und bei sich versteckt habe, am 15. abends 3 Stück davon nahm. In den Effekten der Kranken, die sofort durchsucht werden, ist nichts zu finden. Übersetzung auf die psychiatrische Klinik.

18. November. Patientin liegt mit geröteter Facies still zu Bett, klagt

über leichten Schwindel und Kopfdruck. Auf Fragen bestätigt sie leise und zögernd die Angaben der Mitpatientin. Keine Hämatoporphinurie.

20. November. Andauernd etwas somnolent. Puls und Herzaktion mäßig frequent, arrhythmisch. Gang etwas taumelnd, der Kopf wird nach der rechten Seite geneigt gehalten; die Kranke motiviert dies mit Schwindelgefühl; in der Art, wie sie die Lider hebt, gewinnt man den Eindruck des Gemachten.

21. November. Heute viel freier, Patientin bleibt dabei, daß sie drei Sulfonalpulver nahm, die übrigen will sie ins Klosett geworfen haben; motiviert ihre Tat mit Ärger und Aufregung.

5. Dezember. Sehr zurückhaltend, blickt dem Arzt nie ins Gesicht.

20. Dezember. Weint oft in der Nacht, heute auch während der Visite. Nachher darüber befragt erklärt sie, sie sei für alle ein Stein des Anstoßes, weil sie so ungeschickt sei; alle ärgern sich über sie und verfolgen sie. „Jeder Pflasterstein habe Augen.“ Sie fühle sich deshalb und wegen ihrer Arbeitsunfähigkeit sehr unglücklich; habe die Pulver genommen, um sich umzubringen.

5. Jänner. Andauernd depressiv gestimmt, weicht untersuchenden Eingriffen wie ängstlich und mißtrauisch aus.

19. Jänner. Patientin wird aufgefordert, eine Anknüpfung mit den Eltern zu versuchen. Sie schreibt einen rührenden Brief an ihre Mutter, welche ihr trotz des Vorgefallenen gut geblieben ist. Ebenso sucht eine Bekannte der Kranken zu vermitteln, doch ohne Erfolg; der Vater mache keine Miene, seiner Tochter zu verzeihen.

2. Februar. Patientin schreibt wieder:

„Liebes gutes Mütterchen! Vor allem entschuldige mir, liebes gutes Mütterchen, daß ich dich schon wieder mit einem Schreiben belästigen tue. Tränen in den Augen und auf den Knien flehend, bitte ich liebe, liebe Mutter, komme und hole mich ab, abgesehen daß ich fast nicht mehr im Krankenhaus sein kann; sowohl zu Hause als auch in Wien werden mir dieselben verletzenden Worte immer ins Gesicht geschleudert, deshalb ich nicht mehr mit Personen verkehren kann; ich finde weder Rast noch Ruhe, weil ich überall, wo ich hinkomme, verleumdet und verfolgt werde. Liebes Mütterchen, ich bin ja gesund, versage mir meine Bitte nicht und komme bestimmt mich abzuholen.“

10. Februar. Andauernd still und scheu, sitzt oder steht bei ihrem Bett in tiefem Nachsinnen.

1. März. Vom Hause ist keine Nachricht mehr eingetroffen. Die depressive Verstimmung der Kranken weicht einer zunehmenden Gereiztheit.

15. März. Über Befragen mit dem Ausdruck der Unaufrichtigkeit Bericht über Verfolgungen seitens aller Mitpatienten. Auch die ganz fremden Kranken rufen ihr Schimpfworte zu, wie „Mensch“ etc. Zu einer Wiederholung der möglicherweise obszönen Worte ist Patientin nicht zu bewegen.

20. März. Verlangt in erregtem Tone ihre Entlassung, wolle nach Hause zu den Eltern. Über Einwände schweigt sie.

3. April. In die Irrenanstalt transferiert, wo sie das Bild eines Dämmerzustandes bietet.

Eine exquisit hysterische Person, die, aus dem Elternhause verstoßen, ein unerfreuliches Dasein führt. Durch elektrische Behandlung gelingt es, die körperlichen Störungen rasch zu einer weitgehenden Besserung zu bringen. Die Kranke ist durch den Behandlungszwang beinahe arbeits- und damit ent-

lassungsfähig. Nun setzen psychische Störungen ein. Patientin kündigt Lebensüberdruß an, motiviert denselben in Widerspruch zur Wirklichkeit mit ihrem Nervenleiden und als die Nachbarin nicht rechtzeitig Mitteilung davon macht, finden die Ärzte endlich das Bild einer schweren Schlafmittelvergiftung, allerdings nur in seinen subjektiven Symptomen.

Ich kann für meine Person den Verdacht nicht unterdrücken, als ob die ganze Sulfonalvergiftung nur eine freie Erfindung der Patientin gewesen wäre. In ihren Effekten wird nichts vorgefunden. Es fehlt jeder objektive Anhaltspunkt, auch die Benommenheit schien nicht echt, da die Kranke wie mit ungeheuerer Kraftanstrengung, aber doch jederzeit die Lider hob und dann ganz richtige Antworten gab oder in bestimmt prompter Weise ihr Nichtwissen behauptete. Analoge Fälle dürften nicht so selten sein. Ich lernte eine Hysterica kennen, welche nach Einatmung von 2 Tropfen Chloroform eine mehrstündige tiefe Narkose mit nachfolgendem 24stündigem Erbrechen sich leistete; eine andere, die in allerdings nicht überzeugender Weise einen Scheintod als Vergiftung von Chloroformgrünöl vortäuschte, die nachgewiesenermaßen aber gar nicht in der Lage war, das Medikament sich zu verschaffen.

Ob man nun den Selbstmordversuch anerkennt oder nicht, jedenfalls bringt er der Kranken keinen Schaden: er erschwert nur ihre Entlassung. Nicht als ob Patientin das bewußterweise gewollt hätte; gewiß wäre sie am liebsten zu ihren Eltern zurückgekehrt, hätte sich zu Hause weiter pflegen lassen, allein der geistesgesunden Tochter gegenüber blieb der Vater unversöhnlich. Vielleicht konnte man von einem Selbstmordversuch der Gemütskranken mehr Eindruck auf sein Herz erwarten. Nachdem ein Brief der Mutter auch diese Hoffnung zunichte gemacht, drängt Patientin nur mehr in schwächlicher Weise auf Entlassung; sie weiß keine Antwort, wenn man frägt, wohin sie gehen wolle.

Gleichzeitig beginnt sie Wahnideen zu äußern, welche den Eindruck der Unaufrichtigkeit machen, wie schon in der Krankengeschichte hervorgehoben. Es fehlt der Nachdruck, diese Ideen werden zögernd, wie versuchsweise geäußert. Dabei blickt Patientin zu Boden, als wäre sie sich der Lüge bewußt. Sie kleidet diese Ideen in eine übertriebene poetische Ausdrucksweise, sie läßt mehr erraten als sie aufklären würde. Ein System ist nicht herauszubringen. So bereitwillig sie die Verfolgungen selbst zugibt, dem Examen gegenüber hüllt sie sich in Schweigen. Wenn man die Gehörstäuschungen als solche glaubt, stellen sie nur lebendig gewordene Erinnerungen und Selbstvorwürfe dar. Sie spielen auf den Fehltritt der Patientin an. Es war zu erwarten, daß dieses initiale paranoide Stadium nicht den Verlauf einer Paranoia nehmen, sondern nach kürzerer oder längerer Zeit anderen Erscheinungen Platz machen würde, wie bei allen anderen hysterischen Patientinnen, deren Krankheitsgeschichten ebenfalls vorübergehend ganz ähnliche Zustandsbilder brachten.

Was die Paralyse ähnlicher Bilder betrifft, so muß gleich festgestellt werden, daß es bei Hysterie keine wirkliche, sondern nur eine Pseudodemenz gibt, namentlich in Dämmerzuständen. Allerdings kann die Hysterie auch auf dem Boden des Schwachsinnes stehen; bei wirklichem Blödsinn dürfte der hier vorgebrachten Auffassung nach eine Hysterie aber nicht mehr zustande kommen. Diagnostische Schwierigkeiten mögen sich in dem einen oder anderen Falle vorübergehend erheben,

wenn den Verlauf einer Paralyse hysteriforme Erscheinungen komplizieren, eigenartige Krampfzustände, Singultus, Sensibilitätsstörungen, vielleicht an Verstellung erinnernde Bilder, selbst Kontrastantworten. Andererseits ahmt die Hysterie eine Reihe von paralytischen Symptomen, Demenz, Euphorie, selbst Sprachstörung nach; doch muß eine Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheitsentitäten immer möglich sein. Die Paralyse ist ein fortschreitendes, unaufhaltsam zum tödlichen Ende führendes Leiden, die Hysterie eine funktionelle Neuropsychose: Damit ist der unüberbrückbare Gegensatz wohl scharf genug ausgedrückt.

Der Versuch, solche Typen der chronischen Hysterie aufzustellen, ist ein recht undankbarer, denn nur in einer Minderzahl der Fälle sind Ähnlichkeiten mit den nicht hysterischen Psychosen zu verzeichnen und dann sind die Ähnlichkeiten wohl nur äußerliche. Man verumständlicht die Nomenklatur und kann der Mehrheit der Krankheitsbilder doch nicht gerecht werden, die in der Regel eine bunte Mischung der verschiedensten Elementarstörungen auf den hysterischen Charakter aufpfropfen. Die Mannigfaltigkeit, die Polymorphie dieser Zustände ist nicht zu erschöpfen. Schon vorhin wurde von der Wiederkehr einzelner Affektausbrüche des hysterischen Charakters, einzelner akuter Psychosen gesprochen. Einige dieser wiederholen sich geradezu aus innerer Notwendigkeit: wenn États seconds z. B. durch das ganze Leben sich fortspinnen, so entsteht eigentlich auch eine chronische, hysterische Geistesstörung.

Zur Symptomatologie derselben wäre einiges nachzutragen, was bis nun kaum berührt wurde. Es fügt sich an dieser Stelle zweckmäßig ein, weil es gerade bei den chronischen Psychosen zur Ausfüllung der freien Intervalle dient, hier häufiger beobachtet wird oder wenigstens bei dem mehr schleichenden Verlauf deutlicher auffällt, als während der stürmischen Exazerbationen der Hysterie.

Hierher gehören Halluzinationen, welche bei den chronischen Formen gewissermaßen durch das ganze Leben andauern, ohne daß eine abgrenzbare Geistesstörung etwa ein Delir vorläge. Manchmal freilich treten die Sinnestäuschungen nach Art eines Anfalles auf, scheinbar spontan oder in Anknüpfung an einen Anlaß, der das Gemüt in Bewegung bringt. Es ist die bekannte Zwischenform zwischen Affekt und Delir. Die Patientin sieht z. B. Fratzen hinter allen Möbeln hervorlugen, die bei mittlerer Stimmungslage wieder verschwinden. Eine Hysterica, die vor kurzem an der Klinik war, bekam nach jeder Aufregung, doch mehrmals im Tage auch ohne solche, Kopfschmerzen, sah plötzlich 12 bis 15 nackte graue Gespenster, mit Stöcken und Sensen bewehrt um sich herumstehen; die Gestalten blickten sie an, sprachen gelegentlich drohende Worte, trugen ihr allerlei verrücktes Zeug auf. Natürlich sind auch diese Wahrnehmungstäuschungen aus der Persönlichkeit heraus abzuleiten. Derartige anfallsweise Störungen lassen sich theoretisch als

hysterische Paroxysmen deuten, die durch das ganze Leben wiederkehren, aber auf eine gewisse Gemütserregung mit einzelnen Halluzinationen reduziert sind.

Anderemale werden von Hysterischen Sinnestäuschungen dauernd oder wenigstens durch längere Zeit vorgegeben mit gleichgültiger Miene wie etwas ganz Gegenstandsloses, vielleicht aber nur deshalb, weil die Tatsache des Halluzinierens an und für sich ein genügendes Krankheitsmotiv ist. Fast immer sind es Visionen, wie scheint darum, weil bei den meisten Menschen der Gesichtssinn und die Gesichtsbilder das Bewußtsein beherrschen und weil die Hysterie, wie schon wiederholt betont, sich den normalen psychischen Gesetzen anschließt. Der Simulant, welcher noch keine Gelegenheit hatte, in der Irrenanstalt von dem Überwiegen der „Stimmen“ etwas zu erfahren, beginnt auch immer mit Gesichtstäuschungen. Wie bei Simulanten entsprechen auch bei Hysterischen die Visionen ihrer Gedankenrichtung. In früheren Jahrhunderten waren es Engel, Heilige, Teufel; bei frommen Jungfrauen ist das auch heute noch der Fall. Anderemale sind es Löwen, Tiger als affektauslösende Täuschungen, Hunde, Katzen als Lieblingstiere, letztere vielleicht auch als Symbol der Falschheit, Mäuse, Ratten, Spinnen, Käfer, Schlangen, Frösche als ekelhafte Kreaturen, der hysterischen Geschmacksperversion entsprechend. Doch erblicken diese Patienten auch bekannte und unbekannte Gesichter oder Fratzen, die sich aus wirklichen Tapetenmustern oder frei im Gesichtsfelde entwickeln, fast immer zu den Kranken in Beziehung treten, sie wenigstens anblicken. Hübsch ist jener Fall, wo eine Hysterica allabendlich durch ein Loch in der Diele eine Gestalt emporsteigen sieht, welche die Züge jener Person trägt, mit der sich ihre Gedanken tagsüber beschäftigt haben.

Gewisse Halluzinationen sind typisch, fast diagnostisch verwertbar, da sie bei einer großen Zahl von Hysterischen beobachtet werden: der Mann mit einem langen Messer, die Mutter im Leichengewande.

Eine geringere Rolle spielen Gehörstäuschungen (Hilferufe von Verwandten), Geruchs- und Geschmackstäuschungen, namentlich solche unangenehmen, oft höchst sonderbaren Charakters (der Geruch nach verbrannter Mehlspeise) Dann gibt es Tast-, Schmerz-, Temperatur-, Muskelgefühls-Halluzinationen, z. B. die Hallucinations motrices der Sprachmuskulatur, Gemeingefühlshalluzinationen, endlich als eine gewissermaßen spezifisch weibliche Qualität die der Sukkuben und Schwangerschaftsgefühle.

Der Bericht über diese Sinnestäuschungen macht den Eindruck der Unaufrichtigkeit — fast alle Beobachter heben das hervor — wie es scheint hauptsächlich durch den Widerspruch hervorgerufen, daß die oft schon inhaltlich unsinnigen Halluzinationen durch das sonst klare Bewußtsein nicht korrigiert werden, daß man die Kranken ad absurdum führt, sie scheinbar von der Irrealität dieser Täuschungen

überzeugt, sie aber doch immer wieder auf dieselben zurückkommen. Freilich haben Halluzinationen an und für sich eine überwältigende Kraft, die sich bei anderen Formen geistiger Störung oft genug bewährt; doch gibt es keinen geistesklaren Patienten, der seine Sinnestäuschungen kritiklos entgegennehmen würde — Zustände von Demenz ausgeschlossen. Der Paranoiker macht sich Einwände, die Übertragung von Gehörseindrücken z. B. auf größerere Entfernungen muß mit seinem bisherigen Erfahrungsschatze irgendwie in verständlichen Zusammenhang gebracht werden; die Physik, bei beschränkten Leuten der Aberglaube liefern die Bindeglieder. Die Hysterica berichtet über Gehörstäuschungen, ohne jeden Erklärungsversuch; sie hält Gesichtshalluzinationen gegen das Zeugnis des Tastsinnes fest. Sie läßt sich durch Logik in die Enge treiben, modifiziert die Sinnestäuschung dementsprechend oder dieselbe wird ganz zurückgezogen, durch eine andere derselben Kategorie ersetzt. Eine Kranke, die man aufforderte, dem halluzinierten Manne die Hand zu reichen, erklärte die Erscheinung sei in diesem Augenblicke verschwunden; sowie der Arzt von seinem Verlangen abstand, war der Mann wieder da.

Sehr wichtig für die Diagnose hysterischer Dauerzustände ist ein nicht aufdringliches Symptom, das nur durch ein genaues Examen erhoben werden kann, Amnesien, in der Regel wechselnden Umfanges besonders dann charakteristisch, wenn sie sogenannte systemisierte darstellen, sich auf einen bestimmten Komplex von Erinnerungen erstrecken. Selten ist eine länger währende Amnésie antérograde, indem die Kranken jedes gegenwärtige Ereignis augenblicklich vergessen oder nur durch eine bestimmte kurze Zeit im Gedächtnis behalten, um es dann erst zu verlieren. Bei verschiedenartigen Krankheitszuständen, auch bei Hysterie, trifft man die retrograde Amnesie. Endlich können die beiden Endpunkte des Ausfalles parallel miteinander vorwärts schreiten, so daß die Patienten in dem Maße, als sie die Gegenwart vergessen, aus der Vergangenheit Erinnerungen hervorholen, d. h. die Reminiszenz an ein kürzlich vorgefallenes Ereignis verschwindet auf einige Zeit, um dann wieder zurückzukehren; es schiebt sich gewissermaßen ein immer gleichbreiter dunkler Streifen auf dem Erinnerungsfelde vor (Fall von Wizel). Diesen Raritäten gegenüber steht die gewöhnlichste Form der hysterischen Amnesie, die inselförmige. Einzelne Erinnerungen sind ausgefallen, und zwar wichtige, affektvolle, während belanglose Details aus derselben Zeit gemerkt werden. Eine Systemisierung der Amnesie nach erkennbaren Zielvorstellungen ist möglich und besonders kennzeichnend, wenn nur Dinge vergessen werden, die den Kranken persönlich unangenehm sind, welche in Beziehung stehen zu den psychischen Traumen, die sie erlitten. Die Patienten wissen z. B. nicht, was es vor wenig Stunden gegeben hat, sie leugnen einen Konflikt ab, sie verschweigen die auslösende Krankheitsursache, sie sprechen aber gelegentlich von diesen

vergessenen Ereignissen im Schlafe, sie geben Auskunft in der Hypnose. Nicht gar so selten sind auch Fälle, welche Amnesie nur dem Arzte gegenüber behaupten.

Weiters findet man bei den chronisch hysterischen Geistesstörungen den Übergang in verschiedene Bewußtseinszustände. Die relativ klaren Kranken sind ungemein leicht hypnotisierbar. Es werden Fälle berichtet, wo es genügte, die Patientin einfach anzublicken, um sie in Hypnose zu führen. Ein solcher Kasus ließ sich durch den Arzt nicht mehr erwecken; als eine Frauensperson die Patientin an ihre häusliche Beschäftigung erinnerte, sprang diese aber sofort auf (Zacher). Andere Fälle wurden durch den Befehl des Erwachens aus der Hypnose in somnambule Zustände versetzt, mit reger psychischer Tätigkeit und Halluzinationen. In einem Kasus von Hebold bestanden dreierlei, eigentlich viererlei psychische Persönlichkeiten nebeneinander: I. Der gewöhnliche wachklare Zustand, doch mit gesteigerter Suggestibilität dem Hypnotiseur gegenüber; II. der hypnotische Schlaf, in welchem Patientin völlig willenlos ist, für ihre Person aber Erinnerungsfähigkeit in größerem Umfange hat als in I; bei manchen Erweckungsversuchen sieht die Kranke verstört aus, bleibt auf einem Fleck stehen, weiß von nichts, ist erstaunt, verwirrt, alles erscheint ihr neu (III); endlich IV. die Autohypnose, in welcher Patientin frühere Erinnerungen reproduziert und leicht zu erwecken ist. Indem Störungen der eben- und vorangeführten Art sich selbständig machen, können sie ein Krankheitsbild beherrschen.

Aber auch die moralischen Defekte, die bei schwerer Hysterie nur selten fehlen, können Anlaß geben, daß man das betreffende Individuum dauernd einer Irrenanstaltsbehandlung zuweisen muß. Patientinnen, welche das Lügen und Schwindeln chronisch eventuell gewerbsmäßig zum eigenen materiellen Vorteil betreiben, sind Hochstaplerinnen, Betrügerinnen, die im letzten Kapitel näher betrachtet werden sollen. In der Anstalt veranlassen die ethischen Defekte sowie der rücksichtslose Egoismus große Unzukömmlichkeiten. Die Kranken sind einerseits unfügsam, dissozial, andererseits komplottieren sie zusammen; sie hetzen eine ganze Abteilung durcheinander, stiften Unfrieden, schimpfen, mißhandeln, verleumden; kurz ein Benehmen, von dem man nicht weiß, ob man es Ungezogenheit oder moralischen Defekt oder Hysterie im Sinne von Krankheit nennen soll. Wenn diese Patientinnen den kürzeren ziehen, wüten sie gegen die eigene Person, sie zeigen hartnäckigen Selbstbeschädigungstrieb, flechten die Gitternetze auf, zerreißen ihre Kleidungsstücke, um sich zu erwürgen; sie stecken sich Nägel in die Körperhöhlen, Nadeln in das Fleisch, verschlucken Gebrauchsgegenstände, oft in der ausgesprochenen Absicht, der Umgebung unangenehm zu werden.

Man trifft gelegentlich vorübergehend, durch Monate vielleicht selbst durch Jahre festgehalten, Störungen von seiten der Sprache, Aphonie.

als nervöse Funktionsstörung, seltener Aphasien wechselnder und launischer Form, Agrammatismus oder Mutazismus als rein psychisches Symptom. Die hysterische Stummheit setzt entweder plötzlich ein oder sie wird durch Heiserkeit, durch ein Stammeln respektive Stottern eingeleitet, dann bringen die Kranken überhaupt keinen Laut mehr heraus. Dabei bleibt die Gebärdensprache erhalten, wird in affektvoller, ganz balletmäßiger Weise zur Pantomime übertrieben. Diese Hysterischen spielen große stumme Szenen, deuten sehr plastisch zunächst auf ihre Lippen oder auch auf ihren Kopf, unter das Kinn, reißen den Mund weit auf zum Zeichen, daß sie nicht sprechen können, ohne über diese schreckliche Tatsache sonderlich betrübt zu sein. Haben sie wirklich ein Anliegen, z. B. Aufbesserung des Speisezettels, dann greifen sie nach einem Bleistift und schreiben ihre Wünsche auf.

Doch erheben sich diagnostische Schwierigkeiten bei Hysterischen, die eine organische Sprachlähmung ziemlich getreu nachahmen. Auch an der Klinik kamen hinwieder Mischformen von sensorisch-motorischer Aphasie zur Beobachtung, in welchen nur mancherlei Widersprüche von einem Tage zum anderen, einmal sogar während einer Untersuchung, die Weigerung bestimmte Worte nachzusprechen, anderweitige hysterische Symptome, namentlich die therapeutische Beeinflußbarkeit, die Diagnose Hysterie sicherten. Aus der Literatur wären als bemerkenswert zu zitieren ein Kasus von Ladame, der nur einzelne rauhe Laute, wie hau, hou ... ausstoßen konnte. Ein jüngst von Schultze mitgeteilter Fall eines hysterischen Militärhäftlings bot eine linksseitige Hemiplegie, brachte nur die Worte: Tabak, tschau, Luise hervor; er verstand alle Fragen, unterhielt sich schriftlich sehr flott. Sehr schöne Fälle von hysterischem Stottern und hysterischer Aphasie bringen Charcot und Cartaz, Ballet und Tissier, Greidenberg, Wernicke, Möbius. Ein Kasus letzteren Autors, scheinbar eine motorische Aphasie und Agraphie, verrät seinen Ursprung dadurch, daß der vollkommen stummen Patientin plötzlich ein Wort entschlüpfte, das mit richtiger Betonung und ganz korrekt ausgesprochen, auf Verlangen nicht wiederholt wurde; auch schreien und husten konnte sie nicht. Bezeichnend ist wohl, daß sie nichts las als ihres Mannes Handschrift, während sonst das Verständnis erhalten war.

Die Psychogenie der Störung wird besonders klar in einem Falle von Breuer und Freud: die Patientin schien für ihre Muttersprache motorisch und sensorisch aphasisch, während sie eine fremde Sprache (Englisch) vollkommen beherrschte. An die Stelle des Defektes setzte diese Kranke aber eine positive und geradezu staunenswerte Leistung; sie las einen deutschen Text fließend englisch vor, d. h. sie übertrug unter dem Lesen. Der Krankheitswille kennt die Gesetze der organischen Sprachstörungen nicht; ein ganz bestimmtes Motiv veranlaßt das so charakteristische Verhalten. Das Studium der Persönlichkeit ergibt das

Vorhandensein des Wunsches, aus der unsympathischen Umgebung sich herauszulösen. Und was der Gesunde tut — etwas Unangenehmes überhören und nicht darauf antworten — das wird hier konsequent ins Pathologische gesteigert. Ohne Vermittlung eines Denkprozesses ist das natürlich nicht möglich.

Boedeker beobachtete bei Hysterie eine der Sprache bei Paralyse, bei multipler Sklerose sehr ähnliche; in einem dritten Falle wurde wie bei Gaumensegellähmung langsam und näselnd gesprochen. Reden in hoher wie in abnorm tiefer Stimmlage kommt bei Hysterie vor. Auch wenn die Psychoneurose organische Affektionen des Zentralnervensystems nachahmt, also neurologische Symptomenbilder, ist die Quelle der Störung unmittelbar in seelischen Vorgängen zu suchen. Das Verstummen des Geisteskranken, der Mutazismus, wird bei Hysterie zu einem Nichtredenkönnen; andere Alterationen des Sprachvermögens werden aus der Umgebung aufgenommen, imitiert. Gelegentlich findet man Störungen des Schreibens; so berichtet Lepine über einen Kasus, der rot wurde und den Bleistift fallen ließ, als er schreiben sollte; Ballet und Sollier über Kranke, die Buchstaben, Zahlen und ganz kurze Worte schreiben konnten, im übrigen aber agraphisch waren.

Eine weitere Komplikation dieser chronisch hysterischen Zustände bilden vegetative, doch aus der Psyche ableitbare Störungen, so einmal schlechter Schlaf. Man trifft Kranke, welche behaupten und bei der Behauptung bleiben, daß sie des Nachts schlaflos daliegen. Untersucht man näher, so stellen sich die Angaben hinwieder als Lügen heraus; die Patientin hat ganz gut geschlafen. Vielleicht kann man die Kranken selbst überzeugen, daß ihnen eine ganze Menge von Reizen während der Nacht entgangen ist, trotzdem sie sich schlaflos glaubten; sie haben also geschlummert, sind nur wiederholt, und plötzlich erwacht. Oder der Schlaf hat wirklich gefehlt; es gibt Hysterische, die wie viele Neuropathen an hartnäckiger Schlaflosigkeit leiden, die dann tagsüber, gewissermaßen zur Kompensation, schläfrig sind. Bei anderen dieser Patienten ist der Nachtschlaf außergewöhnlich tief. Der Satz Solliers, daß normaler Schlaf Hysterie geradezu ausschließe, bedarf allerdings einer Einschränkung.

Schon im Übergang zum Schlafe treten halb traumhaft Sinnestäuschungen auf, die sogenannten hypnagogen Halluzinationen: z. B. verfolgende Menschen- und Tiergestalten. Bei der mangelhaften Selbstkritik ist zwischen Halluzination und Traum bei Hysterischen überhaupt keine scharfe Grenze; die Kranken sprechen manchmal von nächtlichen Visionen, wiewohl es sich doch eigentlich nur um Träume handelt. Diese findet man auch wenn der Schlaf sehr tief ist; sie sind lebhafter, reichhaltiger, verwirrter, als bei Gesunden; Tiere spielen eine große Rolle. Oder die Hysterischen träumen das Gegenteil von dem, was sie

zu wünschen scheinen, was sie bei Tage bestreben und tun: sie träumen in Kontrasten, wie man das auszudrücken pflegt. Schreckhafte Träume steigern sich zu Alpdrücken, nächtlichen Angstanfällen, zu Aufschreien, ja selbst zu rudimentärem Somnambulismus. Die Traumbilder wirken dann auf das wache Leben, werden als Motiv vorgegeben für plötzlichen Stimmungsumschlag, selbst für Handlungen. Nach einer schlechten Nacht voll böser Träume erheben sich die Kranken ganz zerschlagen; tagsüber sind sie mißgestimmt und müde, sie fürchten schon die nächste Nacht. Im Gegensatz zu diesen unglücklichen Patientinnen haben andere wieder Träume mit beglückendem Inhalt, wie man sie nennen möchte, Wunschträume. In diesen Fällen beschäftigen sich dann die Kranken intensiv mit ihren Träumen, schöpfen hieraus allerlei Größenideen; sie betrachten sich als Fürstinnen, Gattinnen des Heilands, erleben sehr erwünschte Notzuchtsattentate. Sie spinnen sich in diese Träumereien ein, reproduzieren dieselben auch bei Tag, erwachen eigentlich gar nicht, vermeiden die Wirklichkeit. Solche Patientinnen können dauernd im Bette liegen, ohne etwas anderes zu tun, als in Traumerinnerungen zu schwelgen. Wird ein derartig traumhafter Bewußtseinszustand auch äußeren Eingriffen gegenüber festgehalten, dann liegt ein hysterischer Dämmerzustand vor. Anderemale werden die nächtlichen Träume inhaltlich nicht erinnert, doch bleibt dann wenigstens von der begleitenden Gemütserregung eine Spur im Bewußtsein zurück.

Es gibt Hysterische, welche die Nahrungsaufnahme verweigern. Die Kranken erklären, daß sie prinzipiell nicht essen, sie erteilen eine trotzige, ausweichende Antwort oder sie führen ein bestimmtes Motiv an, das aber gewöhnlich nicht das wahre ist. So werden Appetitmangel, abscheuliche Geschmackstäuschungen, Ekel behauptet; die Patientinnen schieben religiöse Gründe vor, sie wollen sich eine höhere Stufe im Himmel erwerben oder sie berufen sich auf eine Stimme, die ihnen gebietet zu fasten. Die Störung ist aber psychogen, durch ein persönliches Erlebnis zu verstehen; seltener beruht sie auf Anomalien der Verdauungstätigkeit, Organempfindungen; in der Regel wird Kränkung der Eigenliebe als Beweggrund anzunehmen sein; die Patientinnen wollen sich interessant machen, Beachtung, Mitleid erzwingen, sich mit der Hausordnung in Widerspruch setzen; vielleicht schlummert dahinter aber nur der Wunsch, schlank zu bleiben. Um eine entsprechende Pression auf die Umgebung auszuüben, in der hysterischen Übertreibungssucht greifen sie gleich zum äußersten Mittel, behaupten, sie wollen sich zu Tode hungern. Gar nicht selten ist die Abstinenz nur eine scheinbare, indem Nahrungsmittel heimlich genommen, Kolleginnen gestohlen und unter der Decke oder am Abtritt verzehrt werden. Eine Kranke eigener Erfahrung sammelte Speisenreste aus dem Abwaschkübel, um ihren Hunger zu stillen; einmal dabei betreten, wie sie einer Nachbarin das Bier wegtrank, schützte

sie vor, sie hätte das für Ätzlauge gehalten und nur getrunken, um sich zu vergiften. Wenn aber eine Hysterica auf Grund überwertiger Assoziationen ernsthaft die Nahrung verweigert, dann ist dieser Trotz schwer zu brechen, weil die ganze Intelligenz, die ganze Willenskraft der Patientin dazu verwendet wird, die ärztlichen Bemühungen unwirksam zu machen. Solche Hysterische sträuben sich mit aller Gewalt, suchen die Zwangsernährung zu vereiteln, und lernen es wenn dieselbe doch gelingt, durch künstliches Erregen des Brechaktes die Nahrung wieder herauszubefördern. Doch pflegen derlei Demonstrationen glücklicherweise bald vorüberzugehen. Es spricht nur Sollier davon, daß eine Hysterica sich tatsächlich zu Tode gehungert hätte.

Eine Ausnahme bildet wohl der von Stefani mitgeteilte Kasus; neben den verschiedenartigsten hysterischen Anfällen traten solche des heftigsten Heißhungers auf, in welchen der Kranke alles Erreichbare aß, verschlossene Türen erbrach, um irgend etwas erlangen zu können. Erbrechen war bei diesem, wie bei anderen hysterischen Patienten regelmäßiges Symptom.

Weiters trifft man psychogene Störungen in der Kot- und Urinentleerung. Sowohl Durchfälle, als hartnäckige Obstipation wird beobachtet. Das Auftreten von Pollakisurie erwähnt Souques. Überreichliches Trinken von Wasser und wässerigen Flüssigkeiten führt zur Absonderung großer Mengen eines blassen Harns von außerordentlich niedrigem spezifischen Gewicht, der sogenannten Urina spastica. Die Kranken können ins Bett nässen (Hirschl); auch Karplus erwähnt eine Zimmerepidemie von Incontinentia urinae auf Grund von Imitation. Allerdings ist diese Anomalie selten; nicht einmal schwer stuporöse Hysterische sind unrein. Der Hysterie eigentümlich ist vielmehr die Retentio urinae, der Sphinkterkrampf; es gibt Patientinnen, die sich durch lange Zeit katheterisieren lassen. Auch für die Genese dieses Symptoms ist psychische Infektion von besonderer Bedeutung; das Entgegenkommen eines Arztes kann zurfolge haben, daß auf einer Krankenabteilung, in einem Sanatorium, wo Hysterische in Behandlung stehen, das Symptom nicht ausstirbt, während es anderenorts gar nie beobachtet wird. Von aufrichtigen Patientinnen erfährt man, daß sie gegen Genitalberührungen außerordentlich empfindlich sind; die sexuelle Grundlage des Leidens wird wohl auch beleuchtet durch die Prüderie bei Vornahme der Prozedur; namentlich die sensibleren Damen der Privatpraxis bestehen darauf, daß unter der Decke katheterisiert werde; nur ein bestimmter sympathischer Arzt darf diese Operation vornehmen. Ist derselbe zufällig nicht anwesend, dann wird der Harn unglaublich lange zurückgehalten; man sieht die Blase bis zum Nabel sich ausdehnen, während die Kranken durch keine Prozedur zum Urinieren zu bewegen sind, ehe nicht „ihr“ Arzt erscheint.

Daß bei den chronisch hysterischen Geistesstörungen auch allerlei

nervöse Symptome angetroffen werden, gleichzeitig eventuell im Wechsel mit psychotischen Elementen, ist selbstverständlich. Diese Fälle bilden die besten Belege für die einheitliche Auffassung der Hysterie in ihrer Gänze. Es sind dieselben Individuen, die auf verschiedenen Spitalsabteilungen herumgelegen sind und nun unter den Augen der Irrenärzte jahrelang an ihrer Krankheit fortspinnen. Weder die häusliche Pflege, noch das Sanatorium kennt eine Differenzierung. Indem man die Persönlichkeit dieser chronischen Hysteriker studiert, sieht man, daß logisch die anscheinend körperlichsten Symptome aus den Gedankengängen herauswachsen, suggeriert werden, daß die Krankheit nur unerschöpflich ist in immer neuen Ausdrucksmitteln für den oft sehr monotonen Gedankeninhalt. Körperliche und Geistesstörungen engeren Sinnes sind einander gleichwertig, werden in gleicher Weise verwendet, können sich gegenseitig vertreten. Auf die sogenannten nervösen Symptome der Hysterie soll hier nicht eingegangen werden, da alle Autoren, welche über Hysterie geschrieben haben, mit denselben sich ausführlich, zum Teil vielleicht über Gebühr beschäftigen. Alle möglichen Innervationen und Innervationsgruppierungen die unter physiologischen oder pathologischen Verhältnissen beobachtet werden, die denkbar sind, man möchte sagen, Innervationsspiele, auf welche ein Zufall die Patienten brachte, werden hier als Krankheitssymptome verwendet. Natürlich muß eine Einteilung nach Mobilität und Sensibilität, nach dem Vorzeichen + und — d. h. nach Reiz und Lähmung möglich sein, ohne daß eine solche Übersicht dem Wesen der Sache näher zu kommen vermöchte. Innervationsgruppierungen, die bei keiner anderen Krankheit je gefunden werden, sind freilich pathognostisch für Hysterie, aber auch nur darum, weil die Hysterie eben alles kann. Eine Ausnahme bilden einzelne Typen, Mechanismen, die erfahrungsgemäß immer wiederkehren und dadurch eine generelle Bedeutung gewinnen, die sogenannten Stigmen. Doch entscheidet auch hier nie das einzelne Symptom; bei dem steten Wechsel derselben ist nur eine zusammenfassend psychologische Betrachtungsweise den Schwierigkeiten der Diagnose in jedem Falle gewachsen.

Auf einiges allgemeine sei besonders aufmerksam gemacht. Die Aufrechterhaltung einer funktionellen Blindheit oder Taubheit, ausgedehnter Lähmungen oder Kontrakturen erfordert soviel innere Spannkraft, daß für eine gleichzeitige Psychose wenig mehr erübrigt; nur besonders leistungsfähige Nervensysteme bringen das auf, sonst überwiegt entweder die Neurose oder die Psychose, d. h. neurotische und psychotische Symptomenkomplexe lösen einander ab. Durcheinander, zugleich mit akuter Geistesstörung beobachtet man aber Elementarvorgänge, lebhafte psychische Reflexe, Lach-, Wein- und Schreikrämpfe, die nicht enden zu wollen scheinen, ganz ohne Beziehung zur Affektgrundlage stehen, primitive Reizsymptome, Zittern, Blepharospasmus, Tortikollis, Hüpfen, Tanz-

rhythmen, allgemeine Bewegungsunruhe, die an Chorea erinnert; Ausstrahlungen zentraler Vorgänge in Bahnen, die sonst nicht unter dem Willenseinflusse stehen, von sehr tief gelegenen Zentren innerviert werden, so das Heer angio- und trophonenrotischer Störungen: fluxionäre Hyperämien, Dermographie, lokale Zyanose, Asphyxie; Hauteruptionen, wie Urticaria, Zoster und ähnliches; Ödeme, das von Charcot sogenannte blaue und weiße Ödem; tachykardische Anfälle etc. die echtesten Krankheitszeichen.

Eine andere Gruppe von körperlichen Symptomen ist kontrovers. Es mag in seltenen Fällen die Hysterie durch Bahnungsanomalien Störungen psychogen erzeugen, die anderemale Ausdruck der Psychose sind, d. h. willkürlich gemacht, mit großem Raffinement und noch größerer Hartnäckigkeit vorgetäuscht werden. Hierzu gehört z. B. Meteorismus, in der Regel erzeugt durch Verschlucken von Luft, die unter lauten Geräuschen wieder entleert oder auch für Plätschergeräusche im Magen verwendet wird. Ein Teil der Fälle von Grossesse nerveuse schafft sich ebenso künstlich sein zweites Symptom, das Erbrechen. Das sogenannte hysterische Fieber, dessen Vorkommen von namhaften Autoren in Abrede gestellt wird, dürfte wohl auch kaum ohne komplizierendes körperliches Leiden (eventuell eine latente Tuberkulose) unmittelbar psychogen auftreten; der Praktiken, um ein Thermometer zum Steigen zu bringen, gibt es mehrere. Ebenso gehört zu den vorgetäuschten Symptomen das Blutschwitzen, speziell der fromme Betrug der Stigmatisation.

Besonders rätselhaft schienen früher Kranke, die durch längere Zeit keine Nahrung nahmen, keinen Stuhl oder keinen Harn entleerten. Die etwas kritischere Neuzeit hat derartige Widersprüche mit den sonst herrschenden Naturgesetzen in befriedigender Weise geklärt; und nur besonders intelligenten Hysterischen ist es gelungen, ihre Stoffwechselanomalien auch unter verschärfter Kontrolle fortzuführen. Es sei auf die zwei schönen Beobachtungen Meyers verwiesen, dessen eine Patientin in ein ganz kleines, im Taschentuch zu verbergendes Milchtöpfchen hineinurinierte, um den Harn in einem günstigen Augenblicke fortzuschütten oder, wenn das nicht ging, zu trinken. Kein Wunder, daß man in klassischen Fällen der Literatur ammoniakalische Massen respektive Harnstoff im Erbrochenen nachweisen konnte. Ähnlich ist es wohl auch mit dem Koterbrechen. Zugestanden wird die Selbstbeschädigung in zahlreichen Fällen von Geschwürsbildung; ebenso klar ist der Betrug mit ungeeigneten Mitteln, Einbringen von Zucker, Eiweiß oder Milch in den Harn etc. Ergibt sich aus alledem die Notwendigkeit, die Symptomatologie der Neurose wesentlich einzuengen, so wächst in demselben Maße die Psychose Hysterie; bei all den angeführten Erscheinungen steht man mitten drin. Es handelt sich meist nur um episodische Komplikationen der unverkennbar zugrundeliegenden Krankheit, die bei lange hingezogenem Verlauf besonders gerne zur Ausfüllung von Pausen verwendet werden.

Auch unter den Trägern chronischer Geistesstörungen gibt es natürlich solche mit dem Charakter der Schwäche, unproduktive Hysterien, welche durch die Ökonomie des Krankheitsvorganges überraschen und am Schlusse des vorigen Unterkapitels bereits skizziert wurden. Der Patient braucht keine neuen Symptome zu schaffen, er genügt, um krank zu erscheinen, den allerbescheidensten Ansprüchen, wenn irgendein pathologischer Zustand der Vergangenheit nicht korrigiert, nicht als Krankheit anerkannt wird. Und hierin speziell leisten die chronisch Hysterischen Unglaubliches. Dieser Widerstand gegen die Korrektur begegnet bei ganz klaren Patienten immer und immer wieder; er hat einen hohen diagnostischen Wert, da er der offenkundigste Ausdruck des Krankheitswillens ist.

Die besonnenen Patienten werden durch ihre Umgebung, durch die Ärzte, durch die eigene Kritik und die eigenen Wahrnehmungen darüber aufgeklärt, daß eine Sinnestäuschung vorgelegen haben muß, sie wissen, was man ihnen als Wahnidee anrechnet, sie sollen ja nur etwas in Abrede stellen; man vergleiche damit die meisterhafte Art, in welcher lebhaft halluzinierende Paranoiker schon nach dem zweiten, dritten Examen zu dissimulieren beginnen, wie der Melancholiker seinen alles beherrschenden Affekt zu verbergen versteht. Diese Art von Hysterischen kehrt durch Wochen, ja durch Monate immer wieder auf eine längst vergangene Krankheitserscheinung zurück; ohne etwas Neues zu produzieren, halten sie nur den Ärzten das Erinnerungsbild immer wieder vor: „es war so“; Fälle, die durch lange Zeit eigentlich nur Symptome erinnern.

Die unendliche Vielgestalt des chronischen Hysterismus ist nicht zu erschöpfen; er kommt dadurch zustande, daß regellos, wenn auch zeitweise mit Neigung zu Progression, Einzelstörungen sich häufen, akute hysterische Psychosen sich aneinanderreihen, auf der dauernden Grundlage eines ausgeprägten Charakters; eine Anzahl schwer degenerativ veranlagter Formen von Hysterie erobert sich auf diese Weise ein dauerndes Plätzchen in einer Irrenanstalt. Das Kapitel möge geschlossen werden mit der Wiedergabe zweier Krankengeschichten, die das Gesagte illustrieren.

Beobachtung XXXVII.

Anna F., geboren 1842, katholisch, Beamtenswitwe, erschien am 21. Juni 1901 vor dem Polizeikommissariate mit der Bitte, man möge ihr helfen; sie werde schon seit längerer Zeit von Juden und Wachleuten verfolgt, man rufe ihr zu: „Diebin, Gaunerin“ usw. Sie habe keine Ruhe und Rast und wage nicht, die Straße zu betreten; sie leide an Angstgefühlen, bedeutender Aufregung, sei auch schlaflos.

Am Beobachtungszimmer benimmt sich die Kranke passend, redet nur auffallend viel. Sie deutet nachts jedes Geräusch als Eindringen der Juden. Beim ärztlichen Examen erkennt sie die Örtlichkeit, beurteilt die Art der

Mitkranken richtig. Als Jahreszahl nennt sie 1191, schreibt diese Zahl 1901; sie berechnet den Monat nach den Zahlungen ihres Zimmerherrn als Juli. Seit 3 Tagen werde sie verfolgt, auf der Straße laufen ihr alle Leute nach, schauen sie an, bleiben stehen, umzingeln ihr Haus. Die Juden rennen mit Schirmen und Stöcken herum, strömen aus allen Bezirken zusammen und suchen sie. Äußerungen hörte sie keine. Man habe sie fassen wollen, da sie unter dem Verdachte stehe, eingebrochen und gestohlen zu haben. Sie sei in den letzten Tagen bei mehreren Gerichten gewesen, um Schutz zu verlangen. Seit Oktober 1900 habe sie Sausen und Krachen in den Ohren; seither sei sie auch des Nachts schlaflos, höre immer klopfen; wahrscheinlich mache das jemand ihr zufleiß. Sie bemerke weiters, daß man ihr Schmutz vor die Tür werfe, ihr die Fenster verschmiere.

Von einer Nichte, welche die Patientin seit deren 35. Lebensjahre kennt ist zu erfahren, daß die Kranke stets als „verrückt" galt, infolge zahlloser Sonderbarkeiten im äußeren Verhalten; irgend etwas Wahnhaftes ist aber nicht zu eruieren.

Am 26. Juni kommt Patientin in die Irrenanstalt. Sie spricht unaufhörlich, oft sich überstürzend, aber doch zusammenhängend; wiederholt die bisherigen, teilweise sich widersprechenden Angaben. In ihre Türe steckte man Karten mit verschiedenen Beschimpfungen (Sau, Luder, Hure etc.). Sehr affektvoll äußert die Kranke, sie wolle aus dem Leben scheiden, damit sie mit ihrem Manne vereinigt sei. Gestern habe sie einen Selbstmordversuch unternommen, damit sie im Krankenhause sterbe wie ihr Gatte. Sie schnürte sich den Hals ein und glaubte so für immer einzuschlafen, allein sie wachte wieder auf. An der vorderen Peripherie des Halses, in der Höhe des Kehlkopfes, sieht man tatsächlich strichförmige Exkoriationen.

Sehr dürftig genährte, blasse Frauensperson, deren Züge noch jetzt die Spuren früherer großer Schönheit erkennen lassen. Über dem Hinterhaupte eine 3 *cm* lange, stark druckempfindliche Narbe, der entsprechend der Schädelknochen strichförmig eingesunken erscheint. Sehr druckempfindlich ist das Kopfskelett, das Brustbein, die Extremitätenknochen; Zusammenpressen des Thorax und des Beckens wird gleichfalls schmerzhaft empfunden.

28. Juni. Unausgesetzt lebhafte Äußerungen von Verfolgungswahn. Auch die Wärterinnen hier sind von den Juden bestochen; jede einzelne hat 10 fl., die Traktwärterin 20 fl. bekommen. Auf welchem Wege die Kranke zu dieser Idee gelangt, ist nicht zu erheben.

30. Juni. Behauptet unter anderem, daß man einen Mann nicht zu ihr gelassen habe. Das war ihr Feind, der sie denunzieren wollte; er schreibe über sie Briefe und in die Zeitungen, lasse sie seit 3 Jahren durch die Juden verfolgen. Gehörstäuschungen sind keine zu eruieren; hingegen spricht Patientin von einer Gestalt, die aus dem Garten auf sie blicke.

3. Juli. Beklagt sich andauernd über die Juden, gestikuliert in hochgradigem Affekt mit Händen und Füßen, läßt sich nicht beruhigen.

Mit Ausnahme des 15. Juli, wo die Kranke bei der Visite ruhig angetroffen wird, keine Wahnideen äußert — dabei scheint die Druckschmerzhaftigkeit der Knochen geringer — stets von gleichem Verhalten.

20. Juli. Springt aus dem Bette, sie müsse fort, zum Präsidenten, zum Kaiser, alles erzählen. Die Juden wollen ihr Blut abzapfen, sie umbringen, sie zu einer Mumie machen, damit man an ihr studiere. Von allen Seiten, von den Mitkranken, den Wärterinnen, den Fenstern her, werde sie beschimpft. Tobabteilung.

Nachmittags ruhig, hat keine Erinnerung für ihre Aufregung am Vormittage.

24. Juli. Auch heute will die Kranke noch nicht wissen, warum sie von einer andern Abteilung herübergebracht wurde. Man habe sie „mit einem Kotzen gefangen“. Sie glaubt sich jetzt im Keller, während sie früher im 1. Stock gewesen sei (beide Abteilungen sind zu ebener Erde). Gesichtstäuschungen: Sie sah Wasser, Schnee auf den Bäumen im Garten.

27. Juli. Schimpft in den unflätigsten Ausdrücken, bezieht Vorgänge in der Umgebung auf sich, verkennt alles in feindlichem Sinne. Räsoniert darüber, wie mit anderen Kranken umgesprungen werde.

Nachmittags vollkommen ruhig, bestreitet geschimpft zu haben: kann sich auch über Vorhalt nicht darauf erinnern.

31. Juli. Vor der Visite sehr erregt, schlug eine Fensterscheibe ein, verletzte sich am Unterarm. Bei der Visite leugnet sie entschieden, die Scheibe zertrümmert zu haben. Ihre Verwundung erklärt sie als Biß einer Katze. Die Druckschmerzhaftigkeit der Knochen ist nicht mehr nachweisbar.

1. August. Bleibt trotz Widerspruches dabei, daß sie von der Katze in den Arm gebissen worden sei. Außerdem erzählt sie, es sei ein ganzer Zug von Geistern durch das Zimmer gegangen; dieselben waren ganz weiß gekleidet, trugen weiße Handschuhe.

6. August. Stets klar, rasch wechselnder Bewußtseinsinhalt. Heute traurig, verzweifelt: man habe die Schrift vom Grabe ihres Mannes gestohlen, sie wisse nun nicht, wo sie begraben werden solle. Wenige Tage darauf erregt: sie müsse den Revolver, den sie im Kasten hier eingesperrt habe, herausnehmen und alle Leute erschießen.

23. August. Bei völlig erhaltener Orientierung und passendem Benehmen äußert Patientin die unsinnigsten Wahnideen. Sie reiht unvermittelt eine an die andere, stellt keinen Zusammenhang zwischen ihnen her, überstürzt sich dabei in ihren Reden: Sie spüre, daß ihr Kopf offen sei, das Gehirn aus dem Schädel heraushänge und der Wind dasselbe hin und her bewege. Der Kaiser müsse sie heiraten, er sei ihr 15.000 fl. schuldig. Ein Komplott wurde geschmiedet, sie umzubringen; heute nachts sei ein schwarzer Mann gekommen, der sie bei den Füßen gezogen habe. Es ist eine Sprachstörung zu bemerken, darin bestehend, daß einzelne anlautende Konsonanten, z. B. h, t, stotternd vervielfacht werden.

24. August. Die gestern angedeutete Sprachstörung hat eine Steigerung erfahren. Die Kranke vermag anfangs gar nicht zu reden; sie bringt nur den Laut kakakakaka . . . hervor; ist dabei sehr erregt, macht krampfhafte Inspirationsbewegungen. Einzelne vorgesagte Laute spricht sie korrekt nach; auf einmal beginnt sie spontan, stottert dabei, wiederholt Silben. Die Sprachstörung macht den Eindruck des Willkürlichen.

26. August. Heute vollständiger Mutazismus. Angesprochen, agiert Patientin lebhaft mit den Händen, greift nach dem Bleistift, um ihre Gedanken schriftlich auszudrücken, gibt keinen Laut von sich. Äußerliche Faradisation des Halses ohne Erfolg.

27. August. Neuerlich Faradisation.

28. August. Die Kranke spricht heute, mit leichter Andeutung von Stottern; behauptet, sie konnte nicht reden, es habe ihr die Kehle eingeschnürt, nachdem in der vorangehenden Nacht ein Mann ihr die Kehle durchschneiden wollte (Traumhalluzination).

10. September. Zunehmend ruhiger und geordneter.

18. September. Patientin plötzlich wieder sehr erregt, behauptet, man gebe ihr Gift; alle seien ihr aufsässig; wegen schlechter Kost und Behandlung wolle sie fort.

23. September. Allgemeine Hypalgesie; druckempfindlich hingegen ist ein Punkt unter der linken Mamma, einer in der linken Ovarialgegend, einer an der Brustwirbelsäule. Die Kranke hält daran fest, daß man ihr alles gestohlen habe, daß die Juden sie verfolgen. Sie sei übrigens eine große Sünderin, werde auf den Friedhof gehen zu ihrem Manne; dann werde das Grab sich öffnen und sie sich hineinlegen.

15. Oktober. Etwas ruhiger. Rechtsseitige Hemianästhesie.

24. Oktober. Kommt heute mit der Mitteilung, daß sie auf dem rechten Ohre nichts höre; die rechte Gesichtshälfte anästhetisch und hypalgetisch. Gesichtsfeld hochgradig eingeschränkt, rechts stärker als links, die Kranke sieht rote und grüne Feuerringe. Lebhafte Träume, Globus.

25. Oktober. Gesichtstäuschungen dauern an, werden aber nicht weiter wahnhaft verarbeitet. Bei Berührung persönlicher Angelegenheiten gerät Patientin in depressiven Affekt, in einen unhemmbaren Redefluß.

26. Oktober. Retrospektives Examen: In lebhafter, oft sich überstürzender Weise berichtet die Kranke, daß sie im Jahre 1841/42 oder 43 geboren sei, sie müsse dazu ihren Taufschein ansehen. Vater und Mutter gesund. Auf 8 Kinder folgte als letztes eine Zwillingsgeburt, Patientin mit einem Bruder, der bald starb. Von den übrigen 8 ist nur mehr eine Schwester am Leben, allerdings verschollen. Fraisen. 7 jährig, in der Schule, habe sie der Lehrer einmal zur Strafe auf den hohen Ofen hinaufgesetzt. Sie erinnert sich sehr genau an die Details von damals. Als die Schülerinnen fortgingen, bemerkte eine: „So, jetzt bleibst du über Nacht.“ Patientin stürzte herunter, fiel mit dem Kopfe gegen ein Eisen, schlug sich blutig (daher ihre Narbe am Kopfe); war dann 3 Tage bewußtlos, durch 2 Jahre kränklich, lag viel zu Bett wegen Schwäche. Sie vertrug keinen Lärm, weinte immer gleich, rühmt sich dessen, daß so viel teilnehmende Freunde damals kamen, sie zu besuchen und zu trösten. Ihre Lernfähigkeit sei für immer dahin gewesen, sie fühlte sich gleich beleidigt und ging nie mehr in die Schule. Oft Kopfschmerzen, die sie für 2—3 Tage ins Bett zwangen; sie erbrach, ohne etwas gegessen zu haben.

Die ersten Menses mit 14 Jahren. Die Kranke weinte damals, hatte Angst, versteckte ihr Hemd, war dann sehr aufgebracht als dasselbe gefunden wurde. Seit dem Tode ihrer Mutter ging sie viel zu deren Grab, schlief dort wiederholt ein, nachdem sie sich ausgeweint hatte; mußte gesucht werden. Einmal wurde sie auf dem Friedhof eingesperrt. Mit 15 Jahren lernte sie einen Husarenrittmeister kennen. Patientin erzählt, augenscheinlich unwahr, daß ihr Vater sie eines Nachts fortschickte und daß der Offizier sie bei dieser Gelegenheit deflorierte; sie habe das damals nicht verstanden. Dann kam sie zu einer Tante, die als Kupplerin mehrfache Herrenzusammenkünfte vermittelte. Sie war eine sehr verliebte Natur, empfand aber beim Koitus kein Vergnügen, nahm angeblich kein Geld an. Endlich zog sie nach Wien. Auch hier wohnte sie bei einer Zuhälterin, die sie schlecht und leichtsinnig machte, doch will die Kranke nur „feine“ Bekanntschaften gehabt haben, immer im Glauben, der Betreffende werde sie heiraten

Ihren späteren Mann traf sie 1868 und verkehrte zunächst außerehelich mit ihm. Er war Witwer mit einem Sohne; auch dieser machte ihr den Hof. Eines Nachts träumte sie, ein Geistlicher sei bei ihr, sie wachte

mit einem heftigen Schrecken auf, da saß der Sohn am Bettrande. (?) — Sie hatte ihren Bräutigam sehr gern, trotzdem er eine schlechte Partie und viel krank war. An Hämorrhoiden, Asthma, Herzverfettung habe sie ihn jahrelang gepflegt wie ein treuer Hund. Von allen Seiten wurden ihr Elogen gemacht über die großartige Pflege. Endlich heiratete sie dieser Bräutigam (wohl aus Dankbarkeit) im Jahre 1890, starb aber schon 1891 im allgemeinen Krankenhause. Bei der Erzählung dieses Todes verliert Patientin sich in endlose Details. Einmal wurde sie vormittags nicht zu Besuch gelassen; als sie nächsten Nachmittag kam, lag ihr Mann schon in der Totenkammer; die Wärterin sprach von einem neuen Medikament; wahrscheinlich hatten die Ärzte an ihm experimentiert. Sie habe es damals furchtbar getrieben, aus Leibeskräften geschrien, die Totenträger bestochen, um ihren Gemahl noch einmal sehen zu können. Sie schließt eine Wahnidee an: Ihr Bruder starb plötzlich ohne Arzt, er sei von seiner jungen Frau vergiftet worden, die sein Geld haben wollte; ein Apotheker lieferte ihr Digitalis. Sie erstattete keine Anzeige, da sie fürchtete, erschlagen zu werden. Sie selbst weiß bestimmt, daß sie nur bis Februar 1902 leben werde; sie wolle zu ihrem Manne.

Seit dem Tode desselben lebe sie vom Zimmervermieten, in inniger Gemeinschaft mit einem Hunde, der ihr Lager teilte. Die Kranke renommiert mit einer übertriebenen Liebe zu Tieren; angeblich sparte sie sich es am Essen ab, um den Kutschern für gute Behandlung der Pferde Trinkgelder geben zu können. — Im folgenden einigemale Influenza, Kopfschmerzen; oft weinte sie ohne Grund. Sie besuchte regelmäßig das Grab ihres Mannes am Zentralfriedhof, wie einst das ihrer Mutter; einmal wurde sie auch dort eingesperrt. Ihre Schritte klangen ganz dumpf, hallten wie im Keller, eine große Angst packte sie; sie betete den Mond an, er solle sie leiten, damit sie die Nacht dort bleiben könne; schon als kleines Kind habe sie immer alles dem Monde anvertraut. Während sie ging, mußte sie auf einmal stehen bleiben, wie wenn ihr „etwas“ den Weg verstelle; endlich kam Licht; die Nachtwächter liefen schreiend vor der schwarzgekleideten Gestalt davon.

Vor zirka einem Jahre wurde sie von einem Radfahrer niedergestoßen; sie erschrak sehr, trug aber nur eine Exkoriation am Knie davon. Wegen großer Schmerzen und Sausen in der linken Kopfseite ließ sie sich über zwei Monate elektrisieren. Sie schlief schlecht, litt an Angstgefühlen, fürchtete, es habe jemand in ihre Wohnung sich eingeschlichen, traute sich darum nicht nach Hause; sie verhängte die Fenster nicht, um eventuell gleich herunterspringen zu können. Im Traume hörte sie ihres Mannes Schritte, wie er die Türschnalle in die Hand nahm; dann erschien er ihr auch, einmal in Uniform, einmal im Mentschikoff und blickte sie liebevoll an.

Ihre Verfolgungen datiert sie erst seit Pfingsten dieses Jahres; abgesehen davon, daß ein „Judenbub“ seit vielleicht 3—4 Jahren ihre Fenster schmutzig mache. Unmittelbar vor ihrer Einbringung hatte sie sich mit ihrem Zimmerherrn, einem Juden, in erregter Weise auseinandergesetzt; derselbe war ihr die Miete schuldig geblieben und mußte gepfändet werden. Ihre weiteren Erlebnisse erzählt die Patientin konform den Angaben der Krankengeschichte: überall frugen sie die Juden: „Was suchen Sie?“ Mit Stöcken und Schirmen gingen sie ihr nach.

Im Beobachtungszimmer glaubte sie sich zuerst in einem Bad; sie sei damals verwirrt gewesen. In der Irrenanstalt war sie zeitlich und örtlich orientiert, vernahm Beschimpfungen, hörte auch, daß die Wärterinnen bestochen

wurden, um Auskunft über sie zu geben. Sie sah bei Nacht mit offenen Augen verschiedene Gesichter, Gestalten, die hin- und hergingen; am hellichten Tage auf einem Baume im Garten einen Juden, der sie anblickte; außerdem sah sie viele Juden, Engel, Kinder, Schnee, Ochsen, einen hohen Berg, Gesträuch, Wasser, in dem eine menschliche Gestalt schwamm etc., hielt den Oberwärter für ihren Feind. Am 31. Juli erwachte sie aus einem Traume, fühlte plötzlich, daß sie ins Wasser falle, erdrückt werde; sie sprang auf und schlug eine Fensterscheibe ein. Sie wußte zunächst nichts davon, glaubte auch nicht, was die Leute sagten. Die unwahre Angabe des Katzenbisses führt die Kranke darauf zurück, daß sie tatsächlich als 10jähriges Kind einmal von einer Katze gebissen wurde. — Patientin erzählt immer mehr Sinnestäuschungen. Sie halluzinierte den Mond und zwei Gesichter in ihm; glaubte, daß das ein Zeichen sei von Gott. Am 23. August erblickte sie im Krankenzimmer einen ordinären Mann mit braunem Gesicht, Schnurrbart, wahrscheinlich ein Jude, der ein Messer nahm, sie packte und ihr den Hals abschneiden wollte. Sie erschrak, zeigte ihm die Türe, konnte vor Schrecken nicht reden (Erklärungsversuch der damaligen Aphasie). Ein andermal sah sie, wie zwei Menschen sich ein Grab ausschaufelten, oder es kam ein Bekannter aus ihrer Vergangenheit, ganz naß, mit schwarzen Armen und wollte sie umfangen, während sie im Freien unter einem Baume lag. Weiters behauptet sie, den Erzherzog Rainer und dessen Obersthofmeister sehr gut zu kennen. Sie konstruiert diese Bekanntschaft in ganz wahnhafter Weise durch Beziehung. — Für das Vorgebrachte fehlt der Patientin die Krankheitseinsicht; sie hält an der Realität aller Sinnestäuschungen, Wahnideen und Delirien auch Einspruch gegenüber fest. Sie verweigert es, sich hypnotisieren zu lassen.

28. Oktober. Versichert in lebhafter Weise, sie habe gut geschlafen. Zu eventuellen Nachträgen ihrer Biographie aufgefordert, beklagt sie sich über ihre Verwandten, die kein Gefühl für sie hatten; sie weiß auch, daß die Leute sie für verrückt hielten; daß sie in einem nicht näher zu bestimmenden Alter wiederholt ohnmächtig wurde, so einmal als sie einen jungen Mann, ein andermal als sie eine blutige Hand sah. In ihren Reden ist die Kranke heute ganz unzusammenhängend, sie lacht und grimassiert, wiegt im Sitzen den Körper hin und her, ringt die Hände, hüpft dann im Zimmer auf und nieder. Dabei spricht sie unaufhörlich, renommiert, macht läppische Witze. Sie weiß angeblich nicht, wieviel 3×2 ist. Schließlich kommt sie wieder auf das Grab ihres Mannes; schon seit ihrer Jugend verlange sie sich zu sterben, nun wolle sie das gemeinsame Grab herrichten. — Zu einer Hypnose ist Patientin auch heute nicht zu bringen; sie läßt sich trotz Zuspruches nicht genügend fixieren, kneift die Augen zu, wenn sie auf einen Punkt blicken soll, sieht dann wieder höhnisch lächelnd auf den Arzt, beantwortet die Schlafsuggestion mit dem Rufe: „Ich schlafe nicht, ich will nicht schlafen, geben Sie sich keine Mühe!"

30. Oktober. Sehr erregt, nicht zu unterbrechen, schimpft den Ärzten nach. Sensibilitätsstörung andauernd.

2. November. Heute gelingt die Hypnose ohne Schwierigkeit; es wird Schlaf und Beruhigung suggeriert. Amnesie.

4. November. Die Kranke lehnt in ruhigem Tone die Hypnose ab, sie könne heute nicht schlafen, wünscht nur eine Kerze für ihren Mann.

5. November. Guter Laune, geordnet.

6. November. Zum Arzte gerufen, scheint sie anfangs zerstreut, läßt sich aber verbal und durch Zudrücken der Augen leicht hypnotisieren. Die posthypnotische Suggestion, daß sie die Nadelstiche auf der rechten Gesichtshälfte

so gut fühlen werde, wie links, gelingt prompt. Neuerliche Suggestion, daß sie rechts ebenso gut hören und sehen werde wie links. Das scheint aber zuviel verlangt zu sein, denn die Kranke erwacht noch bevor der Auftrag hiezu gegeben ist, in einer sehr sentimentalen Stimmung. Sie wünsche dem Arzte alles Gute, sich selbst aber den Tod; sie stehe allein, fühle sich so bang und habe ein schweres Herz. Manchmal komme sie sich vor, wie ein junges Mädchen, das in unbefriedigter Sehnsucht nach einem Ideal sich verzehre. Bald aber fällt sie in die gewöhnlichen Ideenkreise zurück: die Traktwärterin habe einmal von ihr gesagt, dieser Schlampen kriegt ein eigenes Grab und jetzt sei diese falsche Person ins Gesicht ihr so freundlich.

7. November. War für abend wieder zum Arzte bestellt, wurde infolge Mißverständnisses nicht vorgelassen, wartete über 1 Stunde; hernach furchtbar erregt, schrie, schimpfte.

8. November. Beruhigt sich erst nach erhaltener Aufklärung. Die rechtsseitige Gesichtsanalgesie und -anästhesie wird durch den faradischen Pinsel und Zuspruch prompt beseitigt.

9. November. Patientin ist sehr gesprächig. Als an die Hypnose geschritten werden soll, bemerkt die Kranke, sie könne schon lange nicht schlafen, werde auch heute nicht einschlafen. Wenn sie den Kopf schüttle, so höre sie ein Läuten. Heute um Mitternacht flog eine weiße Taube über ihr; sie fühlte dieselbe auf dem Kopfe; vielleicht war es der Heilige Geist. Verlangt eine Pflanze, die sofortigen Herzstillstand bewirke; sie habe bis längstens Februar 1902 zu leben. Es sei ihr so schwer; sie empfinde einen Druck auf der Brust, Herzklopfen; manchmal komme es ihr vor, als wenn sie gar nicht sie selbst wäre. Sie mache sich Selbstvorwürfe, daß sie sich das Leben nicht schon nahm. Die Patientin lehnt es energisch ab, gesund zu werden; sie wolle nicht gesund werden, es freue sie nichts mehr. Und wie man sie behandelt! Man habe sie wie eine Katze gefangen und in einen Sack gesteckt. Niemand nahm sich ihrer an. Sie sei soviel gekränkt worden, könne dem Stiefsohn, der sie tödlich beleidigt, nie verzeihen. Dann konfabuliert sie von Beziehungen zu bedeutenden Persönlichkeiten, deren eine ihr sogar einen Diamantring verehrt habe.

10. November. Beschäftigt sich den Ärzten gegenüber ausschließlich mit ihrem Grabe am Zentralfriedhof. Wenn man sie durch Vorhalt der Widersprüche in die Enge treibt, kehrt sie immer zu sentimentalen Redensarten zurück: sie werde den Herrgott bitten, daß er sie erlöse. An allem Unglück sei aber der jüdische Zimmerherr schuld, gegen den sie sich in einer Flut von Schmähungen ergeht; Reproduktion von Erinnerungen, die mit einem stürmischen Affektausbruche einhergehen. — Ein geordnetes Gespräch ist heute unmöglich. Sie unterbricht stets mit affektierter Verzweiflung: sie wolle nicht leben; sie verdiene nicht daß sie auf der Erde herumlaufe. In rascher Abschwächung fährt sie fort: sie wünsche sich einen jähen Tod. Sich das Leben nehmen, sei etwas Schreckliches, das könne sie gar nicht tun. Sie habe heute in der Kirche inbrünstig gebetet, daß der Heiland sie zu sich nehme. Die Hypnose wird verweigert, Patientin vergräbt das Gesicht in die Hände, etc. Als sie das Konferenzzimmer verlassen soll, wird sie sehr liebenswürdig, bittet den Arzt um Entschuldigung, daß sie ihn so quäle, meint, die alten Weiber seien einmal unausstehlich. Es sieht aus, als ob sie sich nicht losreißen könnte, sie beginnt mit immer neuen rührseligen Betrachtungen und muß förmlich auf ihre Abteilung gedrängt werden.

12. November. Heiter, versichert, sie habe gut geschlafen. Dann beklagt

sie sich aber, daß die Visite zu kurz währte, deklamiert wieder von ihrem Lebensüberdruß.

13. November. Freundlich; spürt angeblich den faradischen Pinsel auf der rechten Gesichtshälfte nicht, stößt ihn dann plötzlich mit einer unwilligen Gebärde fort. — Abends kindisches Benehmen, will sich nicht hypnotisieren lassen. Sie ziert sich, scheint abweisend, gibt aber dann zu verstehen, daß ihre Gedanken lebhaft mit dem Arzte sich beschäftigen. Bericht über einen Traum: Sie glaubte in S. zu sein, an einem Flusse, der von schwarzen Holzplanken eingesäumt war. Plötzlich wirft ein Mann einen weißgelben Hund ins Wasser. Sie erschrak, wachte mit dem Gefühl eines nassen Fußes auf.

15. November. Im Wesen der Patientin ist langsam eine Veränderung zu bemerken. Sie wird ruhig, verträglich, entschließt sich endlich sogar, das Bett zu verlassen. Aus äußeren Gründen, hauptsächlich aber, nachdem der Fall nun klargestellt ist, unterbleiben fortan die langen abendlichen Unterredungen.

22. November. Die Kranke berichtet über massenhafte Gesichtstäuschungen im wachen Zustande, die sie als real auffaßt: ein Grab, König Ludwig, verschiedenerlei Tiere.

27. November. Abends Schüttelfrost, Temperatur 39·7.

28. November. Früh Temperatur 38·4, abends 39·6. Patientin sehr reizbar, klagt über Vernachlässigung.

Die folgenden Tage fieberfrei, häufig Typus inversus, Morgentemperatur z. B. 37·7, mittags 37·2, abends 36·5

3. Dezember. Früh wieder 38·0, abends 37·5. Patientin liegt dauernd zu Bette, queruliert, man gebe ihr eine Suppe, in welche die Blätter der Bäume aus dem Garten eingekocht sind; dieselben kratzen sie im Halse. Sie werde deshalb zum Kaiser gehen müssen, sich beklagen.

4. Dezember. Temperatur 38·5, abends 37·7.

5. Dezember. Brechneigung; Zunge stark belegt; Temperatur 38·0—38·8—37·5.

6. Dezember. Fieberfrei; sehr heiter, macht übermütige Witze. Sie bekomme heute einen kleinen Buben. Will die Zunge nicht zeigen. Ihre Lunge sei schon ganz herausgeatmet, da sterbe man bald, erklärt sie mit dem fröhlichsten Gesichte. Verlangt gleichzeitig ein Naturschnitzel.

Die folgenden Tage leichtes Fieber mit höheren Morgentemperaturen. Puls zirka 130. Diarrhöe; mangelhafte Nahrungsaufnahme. Seit

13. Dezember dauernd fieberfrei. Klagt über die verordnete Reisspeise; dieselbe sei ungenießbar; allerlei extravagante Wünsche: Hasenrücken. Die Laune wird langsam besser.

28. Dezember. Zunehmende Rekonvaleszenz. Die Kranke verläßt das Bett; ohne sonderlichen Affekt beklagt sie sich, daß sie kein Christkindl bekam. Taubes Gefühl und Hypästhesie an der rechten Gesichtsseite.

31. Dezember. Sitzt vollkommen angekleidet, mit schwarzen Glacéhandschuhen auf ihrem Bett, beklagt sich in höchster Erregung, daß eine Mitpatientin sie „angesteckt" geschimpft habe; sie lasse sich ihre Ehre nicht rauben. Sie müsse fort.

1902. Die Produktion neuer Wahnideen und Sinnestäuschungen hat eigentlich aufgehört. Patientin hält nur allen Vernunftgründen zu Trotz, hartnäckig an der Realität des früher Vorgebrachten fest. Im übrigen bietet sie ein typisches Charakterbild, das später zusammengefaßt werden soll; nur einige markante Details aus der Krankheitsgeschichte seien noch herausgegriffen.

Im Jänner vorwiegend Hypochondrie: queruliert wegen des Knies, auf welches sie vor $^3/_4$ Jahren stürzte; läßt sich durch Wochen deswegen behandeln.

Dann beschäftigt sie sich mit ihrem Begräbnis. Sie müsse einen Ausgang haben, um dafür vorzusorgen. In aufdringlicher Weise verlangt sie, man solle sie mit dem Zentimeterbande messen, um die Länge des Sarges bestimmen zu können. Sie beschreibt denselben genau; er soll mit schwarzem Tuch überzogen sein und ein silbernes Kreuz tragen. In endlosen Wiederholungen füllt sie Monate mit diesem Thema. Unterdes hat der Krieg mit der Umgebung wieder begonnen. Am

1. April kommt es zu einer regelrechten Rauferei. Patientin schlägt eine Fensterscheibe ein und muß auf die Tobabteilung gebracht werden. Das gibt ihr endlos Stoff für ihre Klagen, man habe ihr dabei die Rippen eingedrückt, den Arm ausgekegelt etc. — Ein andermal weiß sie sich eines großen Steines zu bemächtigen, versteckt denselben, in der unverkennbaren Absicht, eine andere Kranke, welcher in letzter Zeit eine ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet wurde, zu attackieren (Eifersucht).

Wirklich produktiv wird sie erst wieder vom 1. Oktober ab, wo der Arzt die Klinik verläßt. Nun werden Wahnideen geäußert, durch Sinnestäuschungen gestützt, zum System zusammengefügt: ihr Freund sei in feindseliger Absicht beseitigt worden. Gelegentlich eines Besuches (1903) fand ich sie noch immer auf der Tobabteilung, feierlich ernst und reizbar. Eine nicht endenwollende Flut von Beschwerden über ungerechte Behandlung und Unterdrückung strömt von ihren Lippen. Zwischen den vielgestaltigen, spezifisch hysterischen Psychosen herrscht der hysterische Charakter, der eine Höhe der Entwicklung erreicht, welche für sich allein die dauernde Internierung der Patientin erforderte.

Sie bietet ein widerspruchsvolles launisches Verhalten. In stetem Streit und Zank mit ihrer Umgebung, unterscheidet und zeichnet sie die Ärzte aus. Sie wartet darauf, daß man sie anspricht, versucht allerlei Mittel, um etwas Abwechslung in die Sache zu bringen. Bald liegt sie ganz unter der Decke oder gibt wenigstens keine Antwort; bald steht sie gerade zur Zeit der Visite monologisierend gegen ein Fenster gewendet, meist aber kehrt sie sich erwartungsvoll den Ärzten zu, scheut sich auch nicht, selbst das Wort zu ergreifen. Hat sie einmal durch Zufall eine Visite versäumt, so räsoniert sie stundenlang. Zufrieden ist sie übrigens nie: immer klagt sie über Vernachlässigung, man solle endlich einmal sich mit ihr beschäftigen; anderemale ergeht sie sich in überschwänglichen Lobeshymnen; sie erhebt die „ausgezeichneten“ Herren in den Himmel, um gelegentlich einen kleinen Wunsch daran zu knüpfen. Zum Essen läßt sie sich gerne nötigen, durch Wochen nahm sie nur Suppe und Tee, um dann reuig wieder zu einer Extraspeise zurückzukehren. Ebenso klagt sie darüber, daß sie schlecht schlafe, erzählt viel von bösen Träumen, ist aber nicht dazu zu bringen, ein Schlafmittel einzunehmen, als täte es ihr leid, dieses Klagethemas beraubt zu werden. Sie kokettiert fortwährend mit dem Sterben, ihre angenehmsten Träume seien noch, wenn sie sich gestorben glaube. Nur mit den Wärterinnen macht sie keinen Frieden, sie tyrannisiert dieselben durch ihre Ansprüche, bei jeder Gelegenheit schimpft sie über die „Schlampen“, die „elenden Figuren“, die sie mißhandeln, vergiften, ihre Briefe unterschlagen etc.

Stete Eifersüchtelei scheint der Grundzug ihres Wesens; sie rühmt sich des Interesses eines der Herren, das sie auf jede Weise zu erregen und wachzuhalten versucht, wird von den Mitpatientinnen durch teilweise erfundene

Geschichtchen aufs höchste erbost. Zeitweise Extravaganzen: sie verlangt einen Sonnenschirm, um in den Garten gehen zu können, schreibt einen Brief an einen ihr ganz unbekannten Universitätsprofessor, den sie zur Übernahme der Klinik beglückwünscht und in gedrechselten Phrasen auf den Pfad der Menschlichkeit verweist. Ihre Eitelkeit äußert sich auch in Kleinigkeiten; sie drapiert sich mit großer Freude in allerlei geborgte Kleidungsstücke, sie strahlt vor Glück, als sie in der Vorlesung vorgestellt wird und sich durch 1 Stunde als Mittelpunkt der Aufmerksamkeit fühlt; sie findet dann gar keine Worte, um den Vortragenden genügend zu feiern; sie gibt hier auch teilweise ihre Krankheit zu, während sie sonst beim Examen mit der größten Hartnäckigkeit die Realität ihrer Wahrnehmungen verteidigt. Sie scheint sich des Interesses, das ihre Krankheit erwecken muß, soweit bewußt, daß sie mit der Erzählung ihrer Gesichtstäuschungen gar nicht zurückhalten kann und ungefragt herausplatzt. Andererseits entspricht diese Aufdringlichkeit dem Krankheitswillen und dieser ist nicht einmal so unmotiviert, da Patientin, einer selbständigen Lebensführung nicht mehr fähig, eigentlich durch Existenznöten aufs Kommissariat getrieben wurde.

Die Hysterie könnte im vorliegenden Falle auf einen Schreck und eine Schädelverletzung im siebenten Lebensjahre zurückgeführt werden, wenn man sie nicht als angeboren betrachten will; an der Minderwertigkeit der Patientin ist nicht zu zweifeln. Sie kann trotz aller Mühe die Tatsache nicht verschleiern, daß sie durch Prostitution den Lebensunterhalt erwarb. Nebenbei war sie aber intelligent genug, einen kleinen Beamten dahin zu bringen, daß er ihr den Namen seiner Frau gab. Der hysterische Charakter veranlaßt schon im frühen Kindesalter allerlei Streiche, welche die Umgebung veranlaßten, die Person als verrückt zu betrachten. Der unmittelbare Ausbruch ihrer Anstaltsbedürftigkeit führt aber auf schwere finanzielle Bedrängnis zurück. So lange die Kranke zu leben hatte, überschritt die Hysterie das sozial Mögliche nicht. Nun knüpfen Aufregung und Not an einen jüdischen Zimmerherrn an und in strengster Logik beginnt sie mit der Wahnidee, die Juden verfolgen sie. Der Wahn wird weiter ausgebaut, durch Sinnestäuschungen gestützt. Die Kranke geht gleich zu den höchsten Behörden und liefert sich so in die Irrenanstalt, um dieselbe nicht mehr zu verlassen.

In dem Chaos von Träumen, Sinnestäuschungen, Wahnideen, das Patientin in fließender Rede vorbringt, kann man sich zunächst gar nicht zurecht finden. Neben hysterischen Absonderlichkeiten führt das meiste auf Erinnerungsbilder zurück, man erkennt verzerrte Szenen aus ihrem früheren Leben oder Wünsche, die Gestalt gewonnen haben. Einzelnes dürfte ganz zufällig geträumt oder erst im Augenblicke des Examens suggeriert, geschaffen werden. Dafür spricht auch, daß eine ausführliche Unterredung selbst eine Geistesstörung auszulösen imstande ist, wie z. B. am 28. Oktober 1901. Die anfängliche Psychose hätte vielleicht nicht gleich als Hysterie imponiert; die Art aber, wie sie mit allen späteren, sicher hysterischen Symptomen verwoben wird, die Einheitlichkeit des ganzen auf einen hysterischen Charakter aufgebauten Bildes, nebenbei die Unzahl von Stigmen, das alles stützt wohl die Auffassung des großen Komplexes, in welchem auch ein Status febrilis hystericus nicht fehlt, der allerdings durch eine latente Tuberkulose, eventuell durch eine gastrointestinale Erkrankung viel einwandfreier erklärlich scheint als durch die Annahme einer unmittelbar psychogenen Beeinflussung des Temperaturzentrums.

Während hier als entscheidendes Krankheitsmotiv Notlage zu be-

trachten wäre, da die Frau dem versorgungsbedürftigen Alter näherkommt und ihre körperlichen Reize sich nicht mehr in Geld umsetzen lassen, soll ein männlicher Hystericus angeschlossen werden, bei dem schwere angeborene Minderwertigkeit und Arbeitsscheu noch in sehr jugendlichem Alter zur Irrenanstaltsaufnahme führte.

Beobachtung XXXVIII.

Jircek Rudolf, geboren 1882, katholisch, Schuhmacherlehrling.

Wird von seiner Meisterin als boshaft und verschmitzt geschildert. Er schlägt sich mit einer Hacke gegen den Kopf, gelangt am 25. November 1896 in einem hysterischen Anfall mit Lähmung der linksseitigen Extremitäten, Bewußtlosigkeit, großen rollenden Bewegungen der Augen, Kaumuskelkrämpfen, im Spital zur Aufnahme. Das Bild kehrt am Tage einige Male wieder. Da er droht, im Falle der Entlassung sich mit einer Hacke den Schädel zu spalten, wird er auf das Beobachtungszimmer transferiert.

Patient, der sonst gewöhnlich zu Neckereien geneigt sein sollte, ist hier beim Examen träge, von sehr geringer Intelligenz. Aus seinen widersprechenden Aussagen scheint hervorzugehen, daß er ein schlechter Schüler war: auch Lügenhaftigkeit gesteht er zu. Vor mehreren Monaten sei er von den Gesellen äußerst roh behandelt worden; von seiten des Meisters und der Meisterin hätte er es jedoch gut gehabt. Weiß, daß er Kopfschmerzen bekam, dann „verrückt“ wurde, gebissen und geschlagen habe; von Selbstbeschädigungsabsichten will er aber nichts erinnern. Er wechselt beständig in seinen Angaben, beschränkt sich schließlich darauf, auf jede Frage mit „Ja“ zu antworten.

Aus dem Status somaticus: Prominente Tubera frontalia und parietalia; Kiefer auffällig hervortretend. Filtrum verkürzt, so daß das Rot der Oberlippe abnorm breit erscheint. Gaumen außergewöhnlich steil. Perkussion an Scheitel und Hinterhaupt schmerzhaft. Die Nn. supraorbitales und ein Punkt submaxillar links lebhaft druckempfindlich. Das Gesichtsfeld beiderseits konzentrisch eingeengt; die Hörschärfe links etwas geringer als rechts. Druck auf den 5. Brustwirbeldorn sehr schmerzhaft. Genauere Prüfung ergibt, daß diese Schmerzhaftigkeit einer Hautstelle zukommt, die nach der Art der Schmerzreizung verschieden liegt, auf Kneifen unmittelbar über dem Wirbel, auf Nadelstiche aber in einem etwa handflächengroßen Umfange. Sehr druckempfindlich ist der rechte IV. Interkostalraum von der Brustwarze bis zur Wirbelsäule, ein Punkt rechts im Hypogastrium mit Ausstrahlen des Schmerzes bis in die linke Supraclaviculargrube. Infantiles Genitale.

Der Kranke versichert, in der Stirne und am Hinterhaupte an Schmerzen zu leiden, und zwar seit 6 Tagen, habe deshalb geweint.

30. November. Heute Detailangaben über die Zeit der Geistesstörung. Sein Meister habe ihm erzählt, er sei von 5—8 Uhr verrückt gewesen, habe gebunden werden müssen, weil er ein Bett zerschlug. Er habe, wie er sich genau entsinne, 200 Schafe gesehen, die er zählte und die ein Hirt führte. Auch Vögel und andere Tiere, an die er sich nicht mehr erinnere, habe er erblickt. Die Schafe waren verschiedenfärbig; er bemerkte zu dem Hirten, was das für schöne Schafe seien und dieser erwiderte: „Ja,“ fügte dann bei: „Siehst du, da kommt ein Wagen mit zwei Pferden, dich abzuholen, weil du verrückt geworden bist.“ Das Verhalten des Patienten bleibt die ganze Zeit über unverändert. Er wird am

5. Dezember 1896 entlassen.

Erst später wird festgestellt, daß der Bursche nicht Jircek heißt, daß diese Krankengeschichte zu den folgenden gehört.

Am 30. Oktober 1900 wurde er unter dem Namen Rudolf Skandera zum Amte gestellt, da er versucht hatte, bei einem Fenster hinauszuspringen. Er war in höchster Aufregung, schrie, schlug um sich und konnte nur mit Mühe gefesselt werden. In seinen unzusammenhängenden Reden wiederholte sich das Wort „Hermine". Nachtsüber beruhigte er sich; des Morgens schritt er mit verschränkten Armen, mürrischem Gesichtsausdruck, starrem Blick im Zimmer auf und ab, erschien klar, orientiert, erklärte, wenn man ihn entlasse, werde er sich bestimmt etwas antun; er könne ohne seine Hermine nicht leben und die Eltern dieses Mädchens gestatten nicht, daß er mit ihr gehe.

Bei der Aufnahme im allgemeinen Krankenhaus erkennt Patient die Örtlichkeit sofort wieder; zeitlich ist er leicht desorientiert. Er deutet die Personen der Umgebung als Bekannte, hält z. B. seinen Bettnachbarn für den Mann, der ihn am Herunterspringen hinderte. — Druckschmerzhaftigkeit am Hinterkopf und über beiden Nn. supraorbitales; Hyperästhesie in der rechten Submaxillargegend und in der Höhe des fünften Brustwirbels.

2. November. Schreibt seiner Hermine einen Brief: Sie möge ihn besuchen, er wolle sie zum letzten Male sehen, dann werde er sich vom Fenster stürzen. Klage über Kopfschmerzen, die anfallsweise seit 10 Jahren bestehen. Trinken könne er nichts, weil er nichts vertrage. Geschlechtlicher Verkehr wird in Abrede gestellt.

5. November. Der Kranke äußert andauernd Lebensüberdruß. Sowie er in Freiheit gelange, werde er um 20 Kreuzer Phosphor kaufen und sich umbringen. Er jammert über seine verzweifelte Lage; wenn er sich etwas in den Kopf setze, komme ihm der Rappel und er mache dann einen Unsinn.

9. November. In der Irrenanstalt trifft Patient ganz heiter ein, er begrüßt die Zimmergenossen mit lauten Zurufen, reißt seinen Hemdkragen herunter; dann erst beginnt er scheu im Zimmer umherzublicken. — Bei der ärztlichen Besprechung sitzt er stumm und teilnahmslos da, mit müdem Gesichtsausdruck, fängt zu weinen an. Nach dem Grunde seiner Verstimmung befragt, erklärt er, er sei so traurig wegen seiner Hermine. Nun zeigt der Kranke lebhaftes Angstgefühl, ruft in verzweifeltem Tone: „Morgen werde ich hingerichtet, weil ich vom Fenster herunterspringen wollte." Unter lautem Schluchzen und Klagerufen erzählt er dann weiter, daß er gestern nachts im Landesgerichte mit der Hermine beim Fenster gesprochen und diese ihm das Todesurteil verkündet habe. Er versichert den Arzt, daß er auch jetzt im Landesgerichte sei; er will den Wärter nicht mehr erkennen, der ihn vor zwei Stunden übernommen hat. In monotoner Wiederholung fährt er fort: „Ja, gehenkt werden wir!" drängt hinaus, er wolle vor seinem Tode noch mit der Hermine sprechen; er sieht ängstlich, scheu herum, hält sich den Kopf, springt aus dem Bette, will sich vom Fenster hinabstürzen.

Nach der Besprechung beruhigt sich der Patient sehr bald, vermag sich an die vorgebrachten Ideen nicht mehr zu erinnern. Gegen Abend abermals unmotiviertes Auftreten von Angst; er glaubt, daß der neben ihm liegende Kranke ihn ermorden wolle.

10. November. Erklärt selbst, es komme zuzeiten so wie ein Anfall über ihn. Derselbe beginne mit heftigen Kopfschmerzen und Schwindel, dem Gefühle, als ob er ohnmächtig würde; bei nicht ganz klarem Bewußtsein stellen sich allerlei Visionen ein: er sehe „Feuerspritzer", seine Hermine wie in einen leuchtenden Nebel gehüllt; er spreche zu ihr und sie antwortete ihm;

erst wenn er wieder ganz bei sich sei, erkenne er, daß das alles nur eine Täuschung war. Die Hermine sage immer, er werde hingerichtet, daher solche Angst, daß er nicht wisse, was er tue und sich umbringen wolle. In der Zwischenzeit geordnetes Verhalten; die Druckhyperästhesien dauern an.

Zur Anamnese macht Patient ganz unzuverlässige Angaben. Seinen ersten Aufenthalt am Beobachtungszimmer schmückt er aus; er habe damals 16—18 Tage lang Tiere gesehen, in der Nacht sich unter das Bett oder auf die Tischkante gelegt, zur Türe hingesetzt und laut geweint. Einmal bekam er auch einen Streckkrampf.

1. Dezember. Hat in der letzten Zeit gearbeitet, ist meist heiterer Stimmung. Ohne Veranlassung treten Zustände auf, in welchen er dem Arzte keine Antwort gibt, sich sträubt, wenn er zu Bett gebracht werden soll. Nachts gelegentlich Anfälle, in denen er weint oder sehr erregt mit dem Kopfe gegen die Bettstangen stößt, aufspringt, unflätig schimpft, anscheinend gegen eine illusionierte Person, die ihm nicht einmal in der Nacht Ruhe lasse.

24. Februar 1901. Andauernd Stimmungswechsel, zahllose Wünsche und Beschwerden, aber kein Erregungszustand mehr.

21. März. Spielt Karten, Billard, ziemlich verträglich; schwindelt aber einen Brief an die Behörde hinaus, in welchem er seine lange Internierung und die Anstaltsverhältnisse kritisiert.

1. April. Steter Abteilungswechsel, großer Freiheitsdrang.

2. April. Ausführliches Examen: Der Kranke ist völlig orientiert, gibt prompte, sinngemäße Antworten. Er bezeichnet sich als vollkommen gesund, und zwar seit Mitte Dezember vorigen Jahres. Bis dahin habe er immer noch die Stimme seiner Geliebten Hermine gehört, welche ihn beschimpfte. Darüber sei er wiederholt in furchtbare Wut geraten. Genauer befragt, muß er zugeben, daß er nicht eigentlich halluzinierte. Nur wenn er an die Person dachte, kam es ihm so vor, als ob er sie schimpfen hören würde. Andere Sinnestäuschungen, speziell des Gesichtssinnes werden ebenfalls strikte geleugnet. Kein Beziehungswahn. — Als Ursache seiner Internierung gibt er eine heftige Gemütsbewegung an, er erhielt plötzlich die Mitteilung, daß seine Geliebte mit ihm gebrochen habe. Darum wollte er sich das Leben nehmen: zuerst ging er an die Donau, kehrte nach Hause zurück, um sich mit einer Hacke zu erschlagen, endlich beschloß er zum Fenster hinunterzuspringen. Patient erinnert sich noch, daß die anwesenden Zimmerkameraden ihn zurückgerissen hätten; dann Amnesie, für später nur summarische Erinnerung. Seine Aufregungen motiviert er durch Verfolgung von seiten der Hermine. Bestimmte, doch widersprechende, zum Teil sicher falsche Angaben über seine Antezedentien. — Stigmen geschwunden.

7. April. Leicht reizbar, beginnt in halblautem Tone zu schimpfen, sowie ihm ein Wunsch versagt wird.

25. April. Der Kranke drängt unaufhörlich in die Freiheit, verspricht sich brav zu halten. Da er keine ausgesprochenen psychischen Störungen bietet, wird er unter Heutigem als geheilt entlassen.

Aber schon am 30. April nachts $^1/_2$ 1 Uhr gab der Bursche im Stadtpark 2 Schüsse ab, schrie dabei: „Du mußt hin werden." Der herbeieilende Sicherheitswachmann entriß ihm ein geladenes Terzerol und brachte ihn zum Amte. Hier verweigerte er auf Fragen die Antwort, wiederholte nur immer: „Du mußt hin werden!" Er bespuckte die Umgebung, versuchte die Wachleute zu beißen.

Bei der Aufnahme ist er oberflächlich orientiert, etwas schlafsüchtig.

In ziemlich gereiztem Tone Bericht, er sei gestern von der Erscheinung der Hermine verfolgt worden, habe sich um 6 Uhr abends ein Terzerol gekauft und ging ins Wirtshaus; für die weiteren Vorgänge Amnesie. In der Nacht habe er wiederholt die Hermine gesehen; sie sei mittelgroß, blond, schwarz gekleidet. — Clavus, Globus, beiderseitige Ovarie, linksseitige Hypästhesie.

1. Mai. Verlangt auf eine andere Abteilung; erzählt heute die Vorgänge im Stadtpark; da die Hermine nicht von ihm wich, habe er geschossen. Der Kranke behauptet, öfters an Zuckungen der Extremitäten zu leiden bei erhaltenem Bewußtsein. Er habe sich dabei wiederholt verletzt, ohne daß eine Spur dieser Verletzungen an ihm zu finden ist.

4. Mai. In die Irrenanstalt gebracht, zeigt Patient ein verschlossenes mürrisches Wesen und gibt in kurzen Worten folgende Darstellung. Nach seiner Entlassung lebte er vom Krankengeld. Um den Nachstellungen seiner Geliebten zu entgehen, fuhr er nach Kutti (Ungarn), verfehlte jedoch den Zug kam nach Preßburg. (?) Dort kaufte er sich einen Revolver, reiste nach Wien zurück. Nun verfolgte ihn die Hermine wieder; darauf die nächtliche Schießerei. Die Möglichkeit, daß er sich etwas eingebildet habe, gibt er zu, ebenso reichlichen Alkoholkonsum; drängt auf Entlassung.

6. Mai. Andauernd depressiv verstimmt, äußert Selbstmordgedanken oder verlangt, man solle mit ihm ein Ende machen. Auch Selbstanklagen; er sei leichtfertig, könne kein Geld in der Tasche haben, ohne es zu vertun; habe sich dem Trunke ergeben. Zwischendurch wieder Versicherungen, er werde sich bessern, sich ein Arbeitsbuch nehmen, nicht mehr trinken usw., wenn man ihn entlasse. Er sei nicht krank. Warum dürfe seine Geliebte nicht zu ihm? Gleich darauf beklagt er sich über deren Untreue, doch muß er zugestehen, daß er selbst ihr untreu geworden ist, erst vor wenig Tagen eine Straßenbekanntschaft anknüpfte; vergießt dabei Tränen über sein Schicksal.

Die „Straßenbekanntschaft" besucht den Kranken in der Anstalt und deponiert folgendes: Sie kenne den Mann seit 3 Tagen. Er schien zerstreut, sprach wenig, erwähnte nichts von einer Hermine. Er reiste angeblich ab nach B., wo er gar nichts zu tun hatte, forderte sie auf, ihn bei der Rückkehr vom Bahnhof abzuholen, kam aber nicht. Zu ihrem Erstaunen schrieb er ihr aus des Irrenanstalt.

10. Mai. Der Kranke bringt allerlei Gravamina vor: es gehe ihm hier schlechter als in einem Gefängnisse; er wolle aufgehängt werden; beruhigt sich immer rasch. Dabei trägt er sich sehr elegant, stutzerhaft; benutzt auch während der Gartenarbeit einen Zwicker aus Fensterglas.

16. Juni. Seit gestern sehr erregt, verlangt in die Zelle, wünscht eine Unterredung mit dem Arzte im Hörsaal. Hier erzählt er, Christus sei ihm erschienen, habe ihm gesagt, er müsse für den Mord, den er begangen, büßen, sowie Christus für die Menschheit gebüßt. Auf Zwischenfragen verwickelt er sich in die handgreiflichsten Widersprüche. Einerseits bestätigt er, daß er gegenwärtig die erste Christusvision hatte, andererseits will er glauben machen, Christus habe ihm die Ermordung seiner Hermine anbefohlen. Schließlich steht man vor einem Chaos unvereinbarer Behauptungen. Dem logischen Vorhalte der Unmöglichkeit gegenüber schweigt der ganz klare und besonnene Patient. Er wird auf die Tobabteilung gebracht.

17. Juni. Liegt ruhig zu Bette, erinnert sich der äußeren Vorgänge der letzten Tage, leugnet aber, erregt gewesen zu sein. Er habe sich in den Hörsaal führen lassen, weil er mit dem Professor sprechen wollte, um in die Zelle zu kommen. All seiner unsinnigen Reden von gestern entsinne er sich

absolut nicht; über Vorhalt kann er nicht begreifen, wie er so etwas geäußert haben sollte. Der Kranke trägt auch im Bett seinen Zwicker aus Fensterglas, behauptet, ohne denselben nicht sehen zu können. Hypästhesie unverändert.

18. Juni. Die Erinnerung bröckelt noch weiter ab. Patient motiviert gar nicht mehr, warum er in den Hörsaal wollte.

19. Juni. Geht wieder auf Arbeit. Seine Amnesie charakterisiert ein heute aufgefangener, an eine hübsche, junge Kranke gerichteter Brief, der zu seiner näheren Kennzeichnung vollinhaltlich wiedergegeben sein mag: „Ire Wohlgeb. Freilein L. W. par Bonde . . . (unleserliche Initialen) Sehr geertes Freilein! Ich gebe ihnen bekant, das ich Mont- ak um 7 uhr auf 3 gekommen bin wegen was das werden sie schon wiesen. kam aber wieder auf 1 den bei mir geht es schnel. sie schreiben mir das jeder Mann falsch ist sie viesen das gleich nicht. zum beischpiel ich bien gleich nicht falsch gegen ihnen aber zu andere schon. dan schreiben sie mir ich soll nur dem Karl schreiben ja wenn sie kein fertrauen zu mir haben schreiben sie ob sie nie fr fertrauen zu mir haben. dan haben sie mir noch nicht gesch- rieben vie die Dame heist. ich habe ihnen schon viermal geschrib- en und sie mir noch nicht was ist denn das ha? dan ven die frau R. (Name einer Wärterin) da hinten Dienzt hatt bitte nicht zu schreiben den Wenn ich die alte schachtel see so habe ich schon gefressen also acht geben ja? nun jetzt zu etwas andern. also ich wahr Montag (16. d. M. Anm.) in Höhr Saal bei der forlesung und da haben mich die hern laussbuben zum besten halten vollen aber da haben sie sich geteuscht. natürlich wahr ich sehr angeregt. vie sis bemerkt haben sagt mir noch die R. ob ich die pistole nicht im höhr Saal vergessen habe das hat mich sehr geergert. und gleich darauf komt der G. (Oberwärter) und sagt gehn vir auf 2 so sag ich varum habe ich gleich gessatgt an 3. als nur vegen der Alte schachtel bin ich auf 3 bitte den vorletzten Brif zu antworten sonzt bin ich Böss. Achtungsvohl Rudolf Skandera.“

27. Juni. Queruliert schon längere Zeit über Schmerzen im linken Bein. Dieselben sind durch eine unter der Haut befindliche Nadel veranlaßt, die über Andrängen des Patienten heute entfernt wird. Glatte Heilung.

2. Juli. Bald ausgelassen heiter, dann wieder reizbar. Erhöhtes Selbstbewußtsein; eigentümliche Manieren. Ließ sich gestern um keinen Preis abwiegen, während er heute ohne weiteres dazu bereit ist.

7. Juli. Macht Witze, spöttelt über Ärzte und Mitkranke. Behauptet, seine frühere Geliebte doch erschossen zu haben. Verlangt, auf Arbeit geschickt zu werden.

25. Juli. Klage über Kopfschmerzen, die auf Zuspruch und stabile Galvanisation besser werden. Verlangt einen neuen Zwicker (aus Fensterglas).

31. Juli. Bei dem heutigen ausführlichen Examen macht Patient wechselnde, zum Teil abweichende, einander diametral widersprechende Angaben zur Anamnese. 1896 habe er sich wegen der Hermine umbringen wollen. Über Einspruch redet er sich aus, das sei ein zweites Mal gewesen. Dann sagt er wieder, er habe die Hermine erst zu Ostern 1900 kennen gelernt. Ihren Familiennamen und Adresse wisse er nicht; schließlich muß er zugestehen, daß diese Person überhaupt nicht existiert(!). — Es wird versucht, den Patienten zu hypnotisieren. Verbale Suggestion bleibt erfolglos; auch Fixieren eines glänzenden Gegenstandes durch längere Zeit wirkt nicht.

2. August. Neuerlicher Hypnoseversuch. Der Kranke wird aufgefordert, dem Arzte in die Augen zu blicken; aber selbst nach $^1/_4$ Stunde ist nur

Spott aus dem starren Antlitz herauszulesen, er scheint mit seinen grünen Augen geradezu den Arzt hypnotisieren zu wollen.

4. August. Die verbale Suggestion wird durch Streichen unterstützt, doch ohne jeden Erfolg.

6. August. Einem jüngeren Kollegen gelingt die Hypnose sofort; dem Kranken wird Aufhören seiner körperlichen Beschwerden suggeriert. Er erwacht prompt; glaubt $^3/_4$ Stunden geschlafen zu haben — tatsächlich waren es nur 10 Minuten — fühlt sich matt, behauptet im Schlafe verletzt worden zu sein; korrigiert diese Idee jedoch alsbald.

22. August. Patient wird im Laufe der verflossenen Tage noch dreimal hypnotisiert, und zwar über eigenes Verlangen. Er ist in der Hypnose unempfindlich gegen Nadelstiche, zeigt Befehlsautomatie, spricht mit dem Arzte. Amnesie für die Zeit des Schlafes, die er immer überschätzt ($1^1/_2$—2 Stunden). Es gelingt nicht, die Wahnvorstellung von der Ermordung seiner Geliebten wegzusuggerieren. Nur der stets beklagte Kopfschmerz verschwindet unter der Suggestion.

29. August. Benützt den Weg in den Hörsaal, um mit der schon erwähnten Kranken in Rapport zu treten. Sein Drängen nach der Hypnose rückt dadurch in eine andere Beleuchtung. Er ist auch ganz konsterniert, als ihm mitgeteilt wird, daß man hinter seine Schliche gekommen sei.

Deutliche Abhängigkeit von der Umgebung. Der Patient bietet ein ganz anderes Benehmen, wenn er sich unbeobachtet glaubt, im Verkehr mit Genossen, während der Gartenarbeit: er bewegt sich da ganz frei, ist heiter, macht Witze. Zur Zeit der ärztlichen Visite hingegen trägt er sich steif, geziert. Er nimmt irgendwelche Posen an, pflanzt sich so auf, daß man an ihm vorüberkommen muß; er grüßt in affektierter Weise, kleidet sich geckenhaft; tut manchmal, als sähe er den vorübergehenden Arzt gar nicht, um ihm dann doch Bemerkungen nachzusenden.

Jänner 1902. Geordnet, arbeitet fleißig, hat sein anspruchsvolles Benehmen ziemlich aufgegeben.

17. Februar. Läßt sich durch einen Kollegen ein Gesuch an den hochwürdigsten Herrn Abt der P. P. Trappisten schreiben, in dem es heißt: „Der ergebenst Unterfertigte bittet um gütige Aufnahme in den Orden und erlaubt sich folgende Gründe anzuführen. Derselbe ist derzeit 22 Jahre alt, römisch-katholisch, aus achtbarer Familie, von Beruf aus Schuhmacher und von Kindheit auf zum Ordensleben hingezogen. Wohl ist sich derselbe der Tragweite seiner Handlungsweise vollkommen bewußt, doch durch Schicksalsschläge derart bedrückt, daß derselbe nur in klösterlicher Einsamkeit Heilung seiner tiefen Wunden finden kann. Derselbe ist vollkommen gesund und unbestraft. Sein sehnlichster und zugleich einziger Wunsch ist derjenige, daß ihm der liebe Gott jene große Gnade gnädigst verleihe, daß er Aufnahme finde in den Orden, um nur Gott, seiner Vergangenheit und strenger Buße zu leben. Indem derselbe nochmals flehentlich um gütige Aufnahme bittet, ersucht er gleichzeitig um Bekanntgabe der Aufnahmsbedingungen und zeichnet ergebenst mit Handkuß Rudolf Skandera“.

2. März. Bei der heutigen Unterredung gibt Patient zu, daß er das Krankhafte seiner Einbildungen einsehe, klärt auch seine Erzählung vom 16. Juni 1901 auf. Er hätte Sinnestäuschungen vorgelogen in sexueller Erregung. — Stigmen verschwunden. Die Sonderbarkeiten in seiner Aufführung dauern aber an. Er trägt auch an Wochentagen zur Zeit der Visite seinen schönsten Anzug, steckt etwas und sei es ein Papierschnitzel ins Knopfloch,

zieht die Strümpfe von unten über die Hosen etc.; gern hat er die Zigarette übertrieben schief im Munde. Ein Witz soll es augenscheinlich auch sein, daß er den stellvertretenden Arzt des Nachmittags trotz aller Abweisung regelmäßig mit Extrawünschen quoad Speisezettel behelligt.

8. März. Wird heute über wiederholtes Drängen seinerseits zum Examen gerufen. Er will entlassen werden, sich eine Stelle als Hausknecht suchen; den Plan zu den Trappisten zu gehen, habe er aufgegeben, weil er hörte, daß das Leben dort schlecht sei. Patient äußert Einsicht in das Krankhafte seines Zustandes; was er aber sonst erzählt, ist voller Widersprüche, eine chronologische Orientierung in seinen Erlebnissen unmöglich. Er muß zugeben, daß er seit Jahren nicht mehr gearbeitet hat, motiviert das mit einer nicht nachweisbaren Augenverletzung. Auf seine Angaben über die Christusvision kann er sich jetzt absolut nicht erinnern.

15. März. Seine Erzählungen variieren unaufhörlich in den Details. Weist man ihm Widersprüche oder Unmöglichkeiten nach, so repliziert er immer, er erinnere sich nicht genügend. Seine Arbeitsbücher habe er verloren. Eine Polizeistrafe wird doch zugegeben.

15. April. Ausgänge, die ihm mit angeblichen Verwandten hin und wieder bewilligt wurden, benutzt er, um mit einer Wärterin ein Verhältnis anzuknüpfen. Er wird am 24. Mai in die heimatliche Irrenanstalt transferiert.

Aus einer Selbstbiographie, welche der Kranke über Auftrag verfaßte, ergeben sich noch mancherlei Details. Im I. Kapitel erzählt er, daß er im Alter von 8 Jahren von einem Birnbaum stürzte, auf das Hinterhaupt fiel und Schmerzen hatte bis zum 11. Jahre; dann ließen dieselben nach, um mit 14 Jahren wieder zu beginnen. Das II. Kapitel beginnt: „Als ich in Jahre 1896 in S. in der Lehre wahr und in die gewerbe schul ging so ist mir ein gefallen nimst dir das Leben. so bin ich von ersten Stok herunter geschprungen habe mir aber nichz gemacht habe mir kalte umschläge gemacht und das vahr vorbei, und dann ging ich einmal mit ein paar schuhe in ein anderes Dorf liefern und am rückweg falt mir ein kaufs dir einen pistole und fahrst nach Wien und erschist dich. dann ist mir eingefalen du hast dir das Leben nicht gegeben so würdest du dirs auch nicht nehmen, und habe mir ein Arbeitz buch gelest und habe gearbeitet. dan in 2 Wochen drauf habe ich die Hermine kennen gelernt und bin mit ihr bis (zu die Ostern ge) am 19. Oktober gegangen und eines schönes tages kome ich zu hause und vasche mich zie mich an und vil fortgehn. da aber sagt mir die zimmerfrau Rudolf vo gehn sie hin? so sag ich ich hole die Hermine ab und sie sagt mir es gibt was neies. sag ich was. ja der Hermin ihr Mutter vahr da und hat gesagt sie darf au nicht mit ihr gehn indem sie noch zu jung ist mich hat das natürlich sehr gekrenkt und habe sehr khopf schmerzen bekomen und bin zu der Donau dan vider zurick und hab die Haku genommen und hab mirs voln in kopf hineinhaun vehrend dem reist mirs sie die zimmerfrau aus der Hand, dan bin ich so gesesen und auf einmal fält mir ein Stürzt dich von 3 Stok hinunter vie ich nunter schpringen viel so hat mich der kammerher aufgehalten am dritten Tag vürde ich vach schau mich um so se ich das ich auf der Beobachtung bin. dort habe ich sie immer schprechen gehört mit einem andern so hat sie mich 14 Tage gekvelt. dan habe ich ru gehabt. in 15 zenten Tag bin ich in die Irn Anstalt gekomen. Da habe ich sie noch 3 Monate gehört auf einmal wars gar dan bin ich (entlasen enth) losen worn und habe 110 gulden gehabt in zveiten Tag ge ich in Augarten und habe die Mitzi Matula (die „Straßenbekanntschaft". Verf.) kennen gelernt. da habe ich das ganze geld heraus

geschmisen und habe dabei fest getru-nken, nur Wein und volte zu meine eltern fahren fuhr aber nach Budapest und kaufe mir eine pistole um 2 fl 50 kr ein 1/8 kilo pulver, und 1/4 kilo schrod und eine schachtl khapsln und fuhr nach vien und ging zu hause und ging durch die Stat. vie ich zum Statpark kom so habe ich auf die Hermine geschosen veil sie mir immer nach ist, und mir gesagt, dort must du hin gehn und dort darfst du nicht hin gen ich bin heer für mich allein und hab losgezielt am zveiten schus ist sie gefallen, dan vars gar. vo sie hin gekomen ist das veis ich nicht veil mich das nicht intresirt. dan habe ich im Jahre 1897 ein Madl kennen gelernt nun ich ge in ersten Sontag hin und sie sagt mir ich mus jeden Sontag mit ihr in die kirche gehn. in neksten Sontag ge ich vieder hin sie komt nicht herunter ge dan vieder abend um 6 uhr hin se ich sie mit zwei Soldaten gehn. vas soll ich dir du bestie machen hab ihr eine ohrfeige gegeben und bin fort. sie hat mich angezeigt und ich habe 24 Stund arrest bekomm."

Das III. Kapitel erzählt seine allererste Einbringung auf das Beobachtungszimmer: „Nun in Jahre 1892 vie ich in der Lehre vahr bei her Johann Neurocni von 1892—1886 (soll wohl heißen 1896 Anm.) ein mal ging ich zu Lederhandler auf die Walensteinst. bin in einer virtel Stunde zurik er sagt mir wo varst du so lang ich gab ihm zu antwort bein Lederhandler, auf das gibt ehr mir eine ohrfeige ich gab ihm zu antwort, was schlagen sie mich sie (Mäd) Märder. auf das haut ehr mich am kopf, (abes) aber so das mir nichz mehr dran gelegen, (ist) dan habe ich mich zum Boden gestürzt und den kopf in die erden hinein gehaut. in driten Tag werde ich wach se ich daß ich im Spital bin. in virten tag komt die lehrmeisterin zu mir und sagt ob ich vieder zurik ge so gab ich zur antvort bevohr ich zu ihnen ge so nehm ich holz hakn und hau mirs im khopf. auf das bin ich auf die Beobachtung gekomen und bin aber in firzeh Tagen entlasen, und bin mit meinem fotern nach Ungarn."

In dieser Weise geht es weiter. Leider sind seine Angaben nicht nur zeitlich durcheinandergeworfen, sondern auch durchaus unglaubwürdig, da man ihm schon einen großen Teil der objektiven Ereignisse (Hermine, Vater) als erlogen nachweisen kann. Deshalb sowie wegen seines Schwachsinnes versagte jede psychologische Analyse. — Patient taucht bald wieder in Wien auf. Am

4. August 1902 arretiert ihn ein Sicherheitswachmann, weil er des abends in auffälliger Weise am Donaukanalufer promenierte. Bei der amtsärztlichen Untersuchung ist er aufgeregt, beißt die Zähne zusammen, ballt die Fäuste, blickt starr vor sich hin und verlangt stürmisch, man solle ihn weggehen lassen, damit er seinem Leben ein Ende machen könne; er wolle verrecken wie ein Hund. — Er kommt ruhig an die Klinik, schläft des Nachts.

5. August. Erzählt, daß er gestern in lebensüberdrüssiger Stimmung mehrere Gasthäuser besuchte, Wein und Bier trank. Genaue Erinnerung an die Vorgänge des Abends. Er erwähnt oberflächlich einen Konflikt mit seiner Geliebten, motiviert seinen Lebensüberdruß nicht, klagt über Beklemmungen auf der Brust, Kopfschmerzen.

7. August. Der Kranke verlangt in unwirschem Tone auf den Korridor, verweigert eine Begründung dieses Verlangens. Er hetzt die eben aus der Zelle gekommenen Patienten auf, sie mögen trachten, wieder hinüberzukommen, „weil es dort mehr Spaß gäbe".

12. August. Heute auch den Ärzten gegenüber aufrichtig: Am Korridor sei es lebhafter.

13. August. Zufrieden, schreibt auf den Boden der Zelle: Fremden ist der Eintritt verboten; beklebt die Wand mit Papier.

15. August. Schmückt sich läppisch mit einem Ring aus Wolle, steckt einen Schildpattkamm ins Haar, weil es ihm so gefalle.

18. August. Immer kindischer. Patient hat die Brust mit improvisierten Orden und Heiligenbildern, die Schuhe mit Papierschnitzeln behängt. Er grüßt in militärischer Weise, spricht in erregtem Ton: Wenn er sonst gar nichts habe, wolle er wenigstens schön sein. Er hilft bei Zimmerarbeiten.

20. August. Droht, falls man ihn entlasse, den Selbstmordversuch gescheiter anzustellen; wenn er aber nach der Irrenanstalt L. zurückgebracht werden sollte, deren Direktor er allerlei Übles nachsagt, so werde er aus dem Wagen springen. Arbeiten könne er nicht wegen Sehschwäche und Schmerzen. Patient wird in die Anstalt übersetzt.

Zuletzt traf ich ihn im Sommer 1903 in freier landwirtschaftlicher Beschäftigung geradezu blühend von Aussehen in der Irrenkolonie Haschhof. Sein Gesicht strahlte anläßlich einer Festlichkeit von Glück.

Aus Ungarn war die Nachricht eingetroffen, daß der Bursche weder Jircek noch Skandera heißt, sondern M. und daß er nicht in dem von ihm angegebenen Orte zuständig ist. Wie er sich in den Besitz der entsprechenden Dokumente gesetzt habe, blieb unaufgeklärt.

Ohne den Zusammenhalt der verschieden benannten Krankengeschichten, namentlich aber einem kurzen Zeitabschnitte gegenüber, wäre es vielleicht möglich gewesen, bei der Diagnose des vorliegenden Falles zwischen Hysterie und degenerativem Irresein zu schwanken. Allerdings sollte der hier vertretenen Auffassung nach die Diagnose dégénérescence mentale nur ein Notbehelf sein, insolange der Kasus nicht vollkommen geklärt ist; es wäre Gewicht darauf zu legen, daß man eine bestimmte Unterform jener großen Gruppe erkenne.

Während der klinischen Beobachtung zeigen sich durch den größten Teil der Zeit nur Sonderbarkeiten der Aufführung, Verlogenheit, allerdings auch Sensibilitätsstörungen, Stigmen; doch genügt das manchmal nicht. Glücklicherweise leuchten hier die Grundzüge des hysterischen Charakters, speziell die Suggestibilität, immer so lebhaft durch, daß die Diagnose auch zu stellen gewesen wäre, ohne die hysterischen Krampfanfälle und die typisch hysterischen Äquivalente, die außerhalb der Klinik liegen. Es ist eine merkwürdige Erfahrung, die wiederholt gemacht werden konnte; bei einer Aufnahme an einem bestimmten Orte produzieren die Kranken unzweifelhafte Anfälle, dann durch Jahre in einer andern Irrenanstalt nicht; ein neuerlicher Ortswechsel und sofort sind die Anfälle wieder da. Die psychischen Störungen, das Gesamtverhalten ist aber vollkommen das gleiche. Selbst wenn man nur den Krampfanfall als einwandfreieste Äußerung der Hysterie betrachtet, muß man die Kranken die ganze Zeit über als Hysteriker gelten lassen.

Immer wieder äußert Patient einen unsinnigen Lebensüberdruß, aus dem er nie die Konsequenzen zieht: dieses schon so oft illustrierte geradezu pathognomonische Symptom. Jedes Blatt der Krankengeschichte erfreut durch die komischesten Widersprüche. Er spaziert gemächlich am Donauufer, läßt sich aufs Kommissariat führen; dort verlangt er in stürmischer Weise fortgelassen zu werden, um sich ins Wasser zu stürzen. Er hat schon die geladene Waffe in der Hand, schießt in die Luft etc. Bei dem ersten Aufenthalte des Patienten am Beobachtungszimmer kommt es anknüpfend an die Konvulsionen, zu läppischen

Erzählungen von Schafen und einem Hirten, die den Eindruck einer Augenblicksschöpfung machen. Erzählungen ganz desselben Kalibers trägt er später noch wiederholt entgegen, er läßt sich auf eine Diskussion nicht ein; erinnert sich dann nicht mehr. Übrigens verrät er sich einmal in jenem Brief an die junge und körperlich sehr gefällige Geisteskranke, seine Flamme, indem er von Dingen ganz gut wußte, für welche er Amnesie vorlog. Er deutet sogar ziemlich direkt an, daß er nur den Ärzten zu Trotz irgendeinen Unsinn erzählt habe. Wäre dieser Brief nicht zufällig aufgefangen worden, so hätte man tiefsinnige Betrachtungen über die Genese dieses Äquivalentes anstellen können, während es nur eine, seinem Intelligenzniveau vollkommen entsprechende plumpe Simulation war. Er brauchte eine Geistesstörung, da er in den Hörsaal geführt werden wollte, nur dort sprechen zu können erklärte. Man ist in diesem Falle in der glücklichen Lage, auch bezüglich der Beweggründe gar nicht weit suchen zu müssen. Dieselben sind gar nicht krankhafter Natur; auch seine Begeisterung für die anfangs verschmähte Hypnose und für das Elektrisiertwerden führen darauf zurück, daß er bei dieser Gelegenheit zarte Beziehungen anknüpfen konnte. Als dies abgestellt wird, ist auch sein Enthusiasmus für das Heilverfahren verschwunden.

Merkwürdig ist die Erscheinung, daß der Patient seinen wahren Namen abwirft, ganz sinn- und zwecklos, aber mit eiserner Konsequenz an einem zweiten respektive dritten festhält. Damit steht der Kasus durchaus nicht vereinzelt da; selbst unter den hier mitgeteilten Fällen von Hysterie sind Falschmeldungen zu verzeichnen; eine ziemliche Zahl hat wenigstens ihren Namen abgeworfen und kommt als N. N., unbekannte Frauensperson in die Klinik. Man darf das vielleicht symbolisch nehmen. Mit dem Namen ist die bisherige Persönlichkeit, alle ihre Beziehungen zur Außenwelt als Erinnerungskomplex untrennbar verbunden, im Klange des Namens gewissermaßen verdichtet. Nun stellen die Hysterischen eine neue Persönlichkeit dar und bekunden das auch nach außen durch den neuen Namen. Wunsch nach Abwechslung, Koketterie, die Sucht aufzufallen wären oberflächlichere Motivierungen des Phänomens. Sehr einfach ist es natürlich, wenn im Dämmerzustand der Negativismus, der Wunsch nichts zu wissen, so weit führt, daß auch der eigene Name entfallen zu sein scheint.

Noch zu anderen Erwägungen gibt der eben vorgeführte Patient Anlaß. Derselbe erfindet nämlich ganz frei eine Ätiologie seines Leidens im Sinne einer schweren Gemütsbewegung, genau entsprechend der allgemein herrschenden Laienvorstellung, daß eine Geisteskrankheit nur aus einem Gemütskummer hervorgehen könne. Tatsächlich hat hier nie ein psychisches Trauma stattgefunden; ein Lebenskünstler wie dieser Bursche ließe sich durch keine Widrigkeit des Schicksals um seine gute Laune bringen. Er produziert eine romantische Liebesgeschichte, deren Heldin nicht existiert und während er mit jedem weiblichen Wesen anbandelt, das in seine Nähe kommt, deklamiert er pathetisch von seinem Herzenskummer. Trotzdem man ihn bereits kennt, bei späteren Aufnahmen, drängt er immer noch dieses Motiv entgegen. Er predigt eindringlich die Lehre, daß man den Hysterischen nicht ohne weiteres glauben darf.

Schließlich sei auf das Weibische seines ganzen Wesens aufmerksam gemacht, die Tränenausbrüche, die Eitelkeit, die sich bis zu läppischem Aufputz und Schmuck versteigt. Die ganze Krankengeschichte wäre hier zu wiederholen. Sie ist eine Sammlung der schönsten Exzentrizitäten. Trotz seiner Jugend und Arbeitsfähigkeit mißglückt jeder Entlassungsversuch. Patient kommt umgehend wieder in die Irrenanstalt zurück.

IV. Ätiologie.

Über die Ursachen, welche zum Ausbruche der Hysterie führen, sind die verschiedensten Meinungen geäußert worden. In alten Zeiten glaubte man, daß Wanderungen des Uterus die Hysterie schaffen; noch Romberg erklärte sie für eine genitale Reflexneurose und selbst in neuester Zeit halten Gynäkologen an dieser Anschauung fest: was längst überwunden schien, kehrt, freilich in modernisierter Form, wieder und fordert zu einer Stellungnahme heraus. Alle fremden und eigenen Erfahrungen über die Entstehungsbedingungen der Hysterie, speziell der hysterischen Geistesstörungen sollen, soweit sie einer strengeren Kritik standhalten hier zusammengefaßt und nach der üblichen Einteilung, in prädisponierende und determinierende gesondert besprochen werden.

Was einmal das Alter betrifft, so findet sich die Hysterie zu allen Zeiten menschlicher Existenz, die beiden Endpunkte vielleicht ausgenommen. Eine Hysterie der Säuglinge (Chaumier, Ollivier, Magitot) ist höchst zweifelhaft, hysterische Geistesstörungen in dieser Zeit sind undenkbar; sie erfordern eine gewisse Höhenentwicklung der psychischen Prozesse. Eine Hysterie bei Tieren (Higier, Lepinay) mag es allerdings so gut geben, wie eine Verstellung in der Tierwelt, d. h. man beobachtet, daß ein Tier eine Rolle spielt, die seiner Individualität sonst fremd ist. — Die ersten sicheren Fälle von Hysterie trifft man an im Alter von 2, 3 respektive 4 und 5 Jahren, häufiger schon im folgenden Quinquennium; mit besonderer Vorliebe treten offenkundige hysterische Erscheinungen um die Zeit der Geschlechtsreife ein — ein Umstand, der die Annahme kausaler Beziehungen zwischen Sexualorganen oder Sexualfunktion und Hysterie nahelegte. Aber auch im 4., 5. und 6. Lebensjahrzehnte entwickeln sich hysterische Psychosen zum ersten Male. Landouzy und de Fleury berichten über senile Hysterie, Dupré sah sie bei einem Greise von 74 Jahren.

Für die Erkrankung an Hysterie wird der semitischen Rasse eine größere Prädisposition zugeschrieben, ohne daß die Erfahrungen an der Klinik dies augenfällig bestätigen würden; nur in den Sanatorien trifft man ungewöhnlich viele und spezifisch schwere Formen von Hysterie bei Jüdinnen; indessen ist an diesen Orten aus mehrfachen Gründen die Zahl der Jüdinnen an und für sich überwiegend.

Weitgehende Verschiedenheiten bestehen im Vorkommen der Hysterie nach Zeiten, Ländern und Völkern. Große hysterische Epidemien in

inniger Beziehung zum religiösen Kult gehören wohl der Vergangenheit an. Die Zeit, welche eine exakte Diagnose ermöglicht, ist noch zu kurz, um über Schwankungen in der Häufigkeit des Auftretens, über eine eventuelle Frequenzzunahme der Hysterie etwas auszusagen. Es wird behauptet, daß sie bei Kindern am Lande oder in kleinen Städtchen häufiger sei als in der Großstadt, während sie bei Erwachsenen weniger in der Landbevölkerung, als hauptsächlich in der Großstadt ihr Frequenzmaximum aufweise. Der Wiener Boden ist der Entwicklung hysterischer Geistesstörungen nicht ungünstig; allerdings betrifft ein Teil der beobachteten Fälle Individuen, die erst kürzlich aus der Provinz zugereist waren, Deutsche, Slawen, Italiener und Orientalen. Vielleicht ist mit Rücksicht auf dieses zusammengewürfelte Material der Formenreichtum so beträchtlich, die Zahl der Erkrankungen so groß, wenn beides auch nicht entfernt an die Pariser Hysterie heranreicht.

Es ist bezeichnend und hat unzweifelhaft eine gewisse Richtung der sexuellen Theorien gefördert, daß an Hysterie das weibliche Geschlecht außerordentlich viel häufiger erkrankt als das männliche. Schon die vorgeführten Krankengeschichten überraschen dadurch, daß alle Typen hysterischer Geistesstörung an Frauen beobachtet wurden und nur gelegentlich ein Mann zur Illustration des Gesagten herangezogen werden konnte. Dieser Geschlechtsunterschied tritt aber nicht unabhängig von anderen Faktoren auf, zunächst einmal vom Alter. Die weitaus größere Neigung des weiblichen Geschlechtes zu Hysterie, welche auch die deutschen und englischen Autoren registrieren, wächst sich erst allmählich heraus. Bis zum 12. Lebensjahre erkranken ungefähr gleich viel Knaben und Mädchen, ja manche kleine Statistik erweist sogar ein Überwiegen der Knaben; dann ändert sich dieses Verhältnis rapid. Im folgenden sind die Fälle nach Alter und Geschlecht übersichtlich zusammengestellt, die im Zeitraume vom 1. Oktober 1902 bis 31. März 1904 am hiesigen Beobachtungszimmer zur Aufnahme gelangten (dazu die im Buche verwerteten klinischen Anstaltspatienten). Die wiederholt aufgenommenen sind dabei nur einmal gezählt, und zwar mit dem Alter der ersten Anstaltsbedürftigkeit:

Alter	männlich	weiblich	Zusammen
5—10	—	1	1
11—15	1	4	5
16—20	4	37	41
21—25	11	42	53
26—30	6	19	25
31—35	8	9	17
36—40	2	6	8
41—45	2	9	11
46—50	1	4	5
51—55	—	1	1
56—60	—	2	2
Summe	35	134	169

Das Maximum der Aufnahmen fällt also in das Dezennium vom 16. bis zum 25. Lebensjahre. Auf die einzelnen Jahrgänge verteilen sich hier:

Jahre	Aufnahmen
16	5
17	9
18	7
19	13
20	7
21	12
22	17
23	8
24	7
25	9

Somit liegt im 22. Lebensjahre der Gipfel der Erkrankungshäufigkeit. Das Durchschnittsalter, in welchem zuerst Anstaltsbedürftigkeit auftrat, berechnet sich zu 26 Jahren; die Hysterie natürlich wurde schon früher diagnostizierbar. Leider versagt die Statistik; in genau erhobenen Anamnesen findet man bis in die frühe Kindheit zurückreichend Charakterabnormitäten und einzelne hysteriforme Erscheinungen, wie noch besprochen werden soll.

Das Verhältnis männlich zu weiblich beträgt in obiger Zusammenstellung 35 : 134 = 1 M. : 3·8 F. Während dasselbe in den neueren deutschen Statistiken zwischen 1 M. : 5 F. (Jolly) und 1 M. : 17 F. (Bauer-Löwenfeld) schwankt, — ersterem Verhältnisse kommen die meisten Zustammenstellungen recht nahe — überraschen die Ziffern der französischen Autoren. Die Schule Charcots zählt durchschnittlich 1 M. : 2 F., Marie (umgerechnet) 1 M. : 0·65 F., Souques gar nur 1 M. : 0·5 F.; d. h. männliche Hysterie doppelt so häufig als weibliche. Die Wiener Zahlen für die hysterischen Geisteskranken stehen zwischen denen der Deutschen und Franzosen. Die extrem abweichenden Resultate der beiden letztgenannten Autoren aber bedürfen einer Erklärung, die nur in dem andersartigen Untersuchungsmaterial zu finden ist, Es wurden Männer der tiefsten Gesellschaftsschichten, Arbeiter und deklassierte Individuen, Frauen von etwas höherem sozialem Niveau gegenübergestellt; speziell die ganz schweren Fälle von Hysterie seien da bei Männern noch unverhältnismäßig viel häufiger als bei Weibern. Man sieht daraus aufs schlagendste, wievielerlei Faktoren und in welchem Ausmaße dieselben Form und Häufigkeit der Hysterie beeinflussen.

Was den Stand betrifft, so erkranken ledige Personen häufiger an Hysterie, doch wird hier eine kausale Beziehung wohl nur vorgetäuscht Die männlichen Degenerierten bringen es zu keiner Lebensstellung, heiraten demgemäß nicht, und von jugendlichen weiblichen Personen, namentlich solchen, welche in den öffentlichen Spitälern zur Aufnahme kommen, ist der größte Teil unverheiratet, abgesehen davon, daß ein

Mädchen, welches an hysterischen Geistesstörungen leidet, jeden Bewerber abschreckt. Tatsächlich findet sich in den Krankengeschichten hin und wieder der Vermerk, daß ein Liebhaber, durch die ungezügelten Ausbrüche des hysterischen Charakters betroffen, sich zurückzieht, worauf die Psychose mit neuer Gewalt einsetzt. Die Ehe bietet aber keinen Schutz vor dem Ausbruche hysterischer Erscheinungen; im Sanatorium überwiegen die hysterischen Frauen; bei diesen werden die schwersten Fälle dieser Erkrankung beobachtet.

Weiters hat man die gesellschaftlichen Verhältnisse angeschuldigt, den Zwang der Konvention, der Heuchelei, den steten Druck, unter welchem die modernen Menschen leben: alles Schädlichkeiten, welche die weibliche Hälfte der Menschheit härter belasten. Zu der ökonomischen und sozialen Abhängigkeit kommen hier noch die Fesseln der Sitte, welche kein Ausleben gestatten wie beim Manne. Andere Autoren machen ganz allgemein die verfeinerte Kultur mit der steigenden Inanspruchnahme des Nervensystems, Steigerung der Genußsucht, die immer raffiniertere Reizmittel verlangt, für das Auftreten der Psychoneurose verantwortlich, um so mehr, als die großen Ideen, die fanatische Begeisterung früherer Jahrhunderte, die Wiege so vieler hysterischer Epidemien, heutzutage fehlen und jedes Individuum aus sich heraus erkranken muß. Unmittelbar läßt sich der Einfluß des Milieus, der Umgebung nur dort erkennen, wo die übergroße Beachtung und Teilnahme, die ein körperliches Leiden findet, eine Hysterie gewissermaßen heranzüchtet.

Über die Beziehungen der Erkrankung zum Berufsleben kann man leicht irregeführt werden, da den öffentlichen Irrenanstalten fast ausschließlich Frauenspersonen in dienenden Stellungen zuwachsen. Doch trifft man hysterische Psychosen ebensogut bei Haustöchtern ohne Beruf, nicht gar so selten bei Prostituierten. Nach Wernicke sollen die Gouvernanten regelmäßig der Hysterie verfallen. Vorwiegend erliegen ihr Personen, denen ihr Beruf zu anstrengend ist, die er nicht freut, Untergebene der niedrigsten Rangsklassen, welche vielfachen Kränkungen, Mißhelligkeiten ausgesetzt sind. Doch kommt die Hysterie in schweren Zustandsbildern auch bei den nicht arbeitenden Frauen der sogenannten besten Gesellschaft vor.

Von den individuell prädisponierenden Ursachen wäre an erster Stelle die Heredität zu nennen. Beim Durchblättern der Krankengeschichten von Hysterikern fällt zu allermeist die Erwähnung einer degenerierten psychopathischen Familie auf. Briquet, welcher die erste sorgfältige Statistik lieferte, sagt: Individuen, welche von hysterischen Eltern stammen, sind 12mal mehr zu Hysterie prädisponiert als andere; für die Tochter einer hysterischen Mutter beträgt die Wahrscheinlichkeit, in gleicher Weise zu erkranken, mehr als $^1/_4$; je schwerer die Hysterie der Eltern, um so gefährdeter die Kinder. Charcot verzeichnet in min-

destens 40 Prozent, Kraepelin in 70—80 Prozent der Fälle schwere erbliche Belastung; Alkoholismus der Eltern muß mitgezählt werden.

Wie bei Schwachsinnszuständen hört man in der Anamnese von Hysterischen über Geburtsschädlichkeiten oder vorzeitigen Geburtsakt berichten — eine auffallende Zahl von Siebenmonatkindern ist unter den Kranken eigener Beobachtung. Ebenso gelten als prädisponierende Momente Kopftraumen in früher Jugend, die allerdings gewiß keine ausschließliche Bedeutung haben, weil sie gar zu oft sich ereignen, ohne daß eine hysterische oder psychopathische Konstitution nachfolgte; eher trifft das zu für infantile Hirnerkrankungen, die als Fraisen sich zu äußern pflegen.

Als Zeichen von Hysterie finden sich an den Individuen, die später manifest erkranken, allerlei Eigentümlichkeiten: Eigensinn, Unstetigkeit, Schwatzsucht, Neigung zu prahlen und zu schwindeln; übertriebene Frömmelei, große Gemütsreizbarkeit mit exzessiven Zornausbrüchen, unvermittelter Stimmungswechsel, Anlage zur Schwärmerei, also ein hysterischer Charakter in nuce. Dazu kommen krankhafte Furchtsamkeit, Insomnie, Traumhalluzinationen, Wachträumen, nächtliches Aufschreien, Delirien bei geringem Fieber. Eine ziemliche Zahl von Hysterischen bietet Beschränktheit., selbst Imbezillität; nicht wenige geraten auch mit der sozialen Ordnung in Konflikt, es sind konstitutionell minderwertige Persönlichkeiten, die declassés der Franzosen. Anderemale aber erkranken an Hysterie intellektuell und moralisch sehr hochstehende, überaus feinfühlige, verletzliche Individuen, gegen deren Bezeichnung als Entartete das Sprachgefühl sich sträubt, wenngleich die Empfindsamkeit, Sentimentalität, die bis zur Selbstquälerei gesteigerte Gewissenhaftigkeit und Skrupulosität sie doch aus der Schar der normalen Menschen herausheben und wenigstens die Bezeichnung als „Abgeartete“ nahelegen.

Auch körperlich haben die Hysterischen einiges Bemerkenswerte. Man sieht in großer Zahl kongenitale Anomalien, die sogenannten Degenerationszeichen. Recht allgemein bekannt sind die schwimmenden neuropathischen Augen. Viele Hysterische zeigen Pupillendifferenz, die im Zustande der Erregung auffallender wird. Die Pupillen spielen überhaupt außergewöhnlich lebhaft, Zunge und Finger zittern, die tiefen Reflexe an den Extremitäten sind gesteigert, manchmal bis zum Klonus. Ganz besonders fallen vasomotorische Störungen auf, die Neigung zu ausgedehntem Erröten, so daß bei jedem Affekt, z. B. Annäherung der ärztlichen Visite, nicht nur Ohren und Gesicht, sondern auch die oberen Thoraxgegenden rot aufflammen; anderemale sieht man einzelne Flecken, die rasch wieder vergehen oder lange bestehen bleiben; aus den Nadelstichen bei der Sensibilitätsprüfung wachsen Quaddeln hervor. Es gibt aber auch sehr blasse Patienten mit kalten Händen, zyanotischen Beinen: alles Störungen, die einer angeborenen abnormen Anlage entsprechen.

Daß eine fehlerhafte Erziehung zu der Erkrankung disponiert,

ist eigentlich selbstverständlich. Im kindlichen Seelenleben liegen ja die Keime zur Hysterie: der Hang zur Träumerei, zu schrankenlosem Spiel der Phantasie, zur Verstellung und Lüge, zum weichlichen Sichgehenlassen. Wenn diesen Neigungen nicht energisch entgegengetreten wird, wenn die Kleinen obendrein das Beispiel hysterischen Charakters tagtäglich vor Augen haben, dann kann schon durch den bei Kindern so geläufigen Mechanismus der Nachahmung eine Hysterie herauswachsen. Bei näherem Einblicke in manche Familie gewinnt man die Überzeugung, daß mit Naturnotwendigkeit die Hysterie fortgepflanzt wird und aggraviert; sie liegt da gewissermaßen in der Luft.

Im späteren Leben spielen allerlei Schädlichkeiten eine Rolle, zunächst einmal Vergiftungen.

Chronischer Alkoholismus in der Aszendenz bedeutet eine hereditäre Prädisposition. Er schädigt auch das Individuum selbst, insofern er die Widerstandskraft des Nervensystems, die soziale Stellung untergräbt; es ist ein merkwürdiges Zusammentreffen, daß die Hysterie in den später unhaltbaren Positionen als rettender Engel einspringen muß. Unter Umständen kombiniert sich Alkohol mit anderweitigen Schädlichkeiten. Es ist wohl kein Zufall, daß gerade unter den besonders rührseligen Patienten solche mit alkoholischen Antezedentien sich befinden. Alle Tage beobachtet man, wie gemütsweich die Säufer sind, wie ein Paar ernste Worte des Arztes genügen, um selbst Männern die Tränen aus den Augen zu locken. Dieses leichte Ansprechen der Affekte scheint in Zusammenhang zu stehen mit der Wirkung der Gifte des chronischen Alkoholismus und eine Brücke zu bilden zur Übererregbarkeit der affektiven Sphäre bei Hysterie.

Als determinierendes Moment spielt dann der akute Alkoholismus eine Rolle; häufig löst ein einmaliger Alkoholexzeß einen hysterischen Anfall aus. Die Hysterie ist schon vorhanden; der Alkohol stellt ein feines Reagens auf dieselbe dar. Namentlich die traumatische Hysterie wird durch Alkohol akut gesteigert. Salmeron betont die Wichtigkeit des Absynths in der Ätiologie der Erkrankung.

Hysterie und hysterieähnliche Zustände wurden ferner beschrieben bei Vergiftungen mit Blei, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff (Köster), Tabak, Leuchtgas (Behr), Kampfer (Planat), Chloroform (Michaud und Oelkers), Bittermandelessenz (Brugia). Alle diese Fälle gestatten eine einheitliche Auffassung, die im späteren noch auszuführen ist. Allgemein wird davor gewarnt, Hysterischen Morphium zu geben und mit Recht: Insofern es sich um degenerativ, süchtig veranlagte Personen handelt, besteht immer die Gefahr des chronischen Morphinismus, der dann auf die Hysterie zurückwirkt. Hier interessiert aber etwas anderes. Schon Neven-Dewtrol betont, daß bei der Morphiumentziehung hysterische Erscheinungen auftreten. Ganz regelmäßig ist zu sehen, daß die Leute in der erzwungenen Morphiumabstinenz sich benehmen

wie Hysteriker, theatralische Affektausbrüche mit Haarausraufen, Selbstmorddrohungen, fast delirante Aufregungszustände durchmachen; es kann eine vorher latente Hysterie um so eher manifest werden.

Minder bekannt ist vielleicht, daß auch in der Abstinenz nach anderen Nervinis die Psychoneurose ausbricht, so bei Kokain. Da an der Klinik ein außerordentlich instruktiver Fall beobachtet werden konnte, bei welchem die allerersten Erscheinungen der Hysterie aus der Kokainpsychose allmählich hervorgehen und die Symptomatologie durch die Ätiologie bestimmt wird, so sei der Kasus hier eingereiht.

Beobachtung XXXIX.

Anna V., 35 Jahre, ledig, katholisch, Wärterin, kommt am 7. März 1902 an die Klinik.

Zwei Geschwister hatten Fraisen; die älteste Schwester ist sehr nervös, schreckhaft. Als Kind war Patientin ängstlich, emotiv, zitterte leicht. Im Alter von 16 Jahren Erscheinungen eines Lungenleidens; im 21. Jahre ein Partus. Anfangs März 1902 fiel an der Kranken eine gewisse Bewegungsunruhe auf; sie kämmte sich immerfort und riß an den Haaren. Man entdeckt, daß sie Kokainistin ist, weshalb sie dem Beobachtungszimmer überstellt wird.

Patientin hat im Zopfe ein Fläschchen mit Kokainlösung und eine Injektionsspritze versteckt; läßt sich mit dem Arzt zunächst in eine geordnete Konversation ein. Sie habe in letzter Zeit täglich eine Anzahl Spritzen, einer 20% (!) Kokainlösung injiziert, sonst kein Gift genommen. Anläßlich der körperlichen Untersuchung wird sie sehr erregt, protestiert, schreit, kratzt und beißt, ist nicht zu beruhigen.

8. März. Heute früh, nach fast schlafloser Nacht unruhig, abweisend; später heiter, kindisch, mitteilsam; motiviert die gestrige Szene damit, daß sie die Untersuchung wegen Ungeziefers und Würmern am Körper verweigern mußte; sie hatte die Empfindung, sehr schmutzig zu sein und schämte sich vor den Ärzten. Auf der ganzen Hautfläche, auch unter den Nägeln und im Haar sitzen kleine schwarze Tiere, gehen beständig auf und ab, können trotz aller Bemühungen nicht eingefangen, nicht abgestreift werden. In den Augen spüre sie Stechen, die Zunge sei auch mit solchen Insekten förmlich überzogen gewesen und als sie spuckte, habe sie die kleinen Tiere von ihrem Sputum weglaufen gesehen. Dieselben Empfindungen (taktile und optische) auch am Mons Veneris und am Anus. Auf dem Boden erblicke sie mehrere ähnliche, jedoch etwas größere, schattenartige, schwarze Tiere und dunkle Flecken, wie von Fett; am Plafond bewegliche größere Gestalten. Früher habe sie in ihrem Zimmer öfters schwarze Ratten und Mäuse gesehen, die sie mit einem Besen erschlagen wollte, die aber immer zurückkehrten. In der Hauptallee des Spitalgartens hatte sie einmal große Angst vor einer wilden Katze, welche sie anstarrte. Patientin fühlte sich beobachtet, glaubte immer, daß die Umgebung das Ungeziefer an ihrem Körper wahrnehmen könne, sie trug Tücher um Hals und Nacken, wo die Tiere am reichlichsten umherliefen, sie griff häufig zum Spiegel, um ihr Haar zu betrachten, sah auch im Reflexbilde die kleinen Tiere und mußte sich daher so häufig kämmen, zum Teile sogar ihre Haare ausreißen.

Seit Jahren habe sie sich Morphium injiziert und seit September vorigen Jahres(?), um ihren Morphinismus zu behandeln, zum Kokain gegriffen. Ohne Injektion habe sie immer Kopfdruck, Angst, ein Gefühl der Schwere im

ganzen Körper, Unfähigkeit zu jeder Arbeit und Übelsein gespürt; Erscheinungen die — allerdings nur für ganz kurz — nach einer Kokaininjektion verschwanden. In letzter Zeit totale Appetitlosigkeit; das Kokain habe ihr Essen und Trinken ersetzt und sie zur gewohnten Arbeit befähigt.

Die Außen- und besonders die Innenfläche beider Oberschenkel ist mit Injektionsnarben, Blutunterlaufungen und Pigmentierungen bedeckt; an der rechten Schienbeinkante eine guldengroße Verbrennungsnarbe. (Patientin begoß sich im Bade mit heißem Wasser, um die Insekten zu töten!)

Bald nach der ärztlichen Exploration wird die Kranke erregt, fängt an zu schreien, um sich zu hauen, doch scheint das Bewußtsein nicht weiter getrübt.

9. März. Nachts einige Stunden Schlaf. Patientin ist zeitweilig geordnet, gibt dann zusammenhängende Auskunft über ihre Parästhesien und Halluzinationen. Zeitweise jedoch sehr erregt, unzugänglich.

Abends: Heiter, geht halb angezogen am Korridor auf und ab, singt, macht dem Arzte eine Liebeserklärung, umarmt ihn, wirft sich auf das Bett, zeigt ostentativ ihre Brust, schwärmt von platonischer Liebe, vom Frühling, wird sehr sentimental und pathetisch, erzählt Bruchstücke aus Roseggers Novellen. Nach Kinderart frägt sie, ob sie die Klinik gleich verlassen könne, ihr früherer Vorgesetzter möge sofort kommen, sie zu befreien; sie sei nicht närrisch. Jede Bitte wiederholt sie unzähligemale in zärtlichem Tone; läßt sich nicht unterbrechen, singt und spricht abwechselnd, begleitet ihre Äußerungen mit lebhafter, ausgesprochen kindischer Mimik. Sieht eine schlangenartige, schwarze, sich lebhaft bewegende Erscheinung auf der Wand. Während ihrer Spaziergänge auf dem Korridor blickt sie gegen die Fenster, behauptet den früheren Assistenten zu sehen.

10. März. Euphorisch, etwas lärmend.

20. März. Läppisch, ausgelassen, tänzelt herum, legt sich auf den Fußboden, wiederholt immer die Worte: es ist doch zum Lachen.

31. März. Allgemeine motorische Unruhe, spricht und liest laut in affektvollem Tone, läuft dazwischen herum, schreibt einen geordneten Brief, in welchem sie um Beschäftigung bittet.

4. April. Morgens noch wie sonst. Dann plötzlich stumm, bei Fragen unwillig, verkehrt mit der Umgebung nur schriftlich.

6. April. Nach energischer Zurückweisung ihrer Zettel redet Patientin wieder.

19. April. Duzt den Arzt heute wie schon gelegentlich, obwohl sie ihn sicher nicht verkennt; beschäftigt sich auf der Abteilung.

27. Mai. Seit gestern Abend völlig entkleidet, wälzt sich am Boden herum, stöhnt und schreit; sie imitiert aufs genaueste eine Patientin der gleichen Abteilung (Chorea gravidarum).

6. Juni. Seit 2 Tagen still, ruhig, zu Bett, geriert sich wie eine Schwerkranke; spricht außerordentlich langsam, gedehnt und leise, klagt öfters über Kopfschmerz und Schwächegefühl.

19. Juni. Die ganze Zeit über zu Bett, macht einen müden, schläfrigen Eindruck. Dabei ist sie stets vollständig orientiert und hat gute Merkfähigkeit. Wiewohl sie sich hie und da mit Handarbeiten beschäftigt, zeigt Patientin dem Arzt gerne in etwas demonstrativer Weise ihre Denk-, Sprech-, Arbeitsunfähigkeit, klagt selbst darüber.

20. Juni. Läßt heute nachts Stuhl ins Bett, nachdem sie gestern der Wärterin angekündigt hatte, es werde noch so weit mit ihr kommen.

30. Juni. Die Kranke wälzt sich heute während der Visite im Bette herum, zappelt mit den Extremitäten und rauft sich einige Haare aus. Nachher erklärt sie auf Fragen „das komme so“.

August. Raucht in der letzten Zeit sehr viel Zigaretten; sonst unverändert der Irrenanstalt übergeben. Mangelhafte Krankheitseinsicht, kann sich die Vorgänge am Beobachtungszimmer nicht erklären, hält sich gegenwärtig für gesund, zeigt allerdings noch Sonderbarkeiten, weicht Fragen aus, legt den Kopf auf den Tisch und meint, man brauche nicht alles zu sagen; frägt unvermittelt, ob der Arzt durch Blicke ihre Gedanken erraten wolle.

4. September. Patientin kommt unwillig zum Examen, schaut im Zimmer herum, meint gereizt, sie brauche den Examinierenden nicht anzusehen, er sei nicht so interessant; als der Arzt weiter frägt, springt sie vom Sessel auf, tut, als ob ihr alles schon ekelhaft wäre, „man wisse ohnedies alles“. Dann ergreift sie selbst das Wort, deutet wie absichtlich an, sie möchte wieder Morphium nehmen, damit könne sie sich alle Sorgen vertreiben. Sie wolle als Wärterin ins allgemeine Krankenhaus zurück, habe aber gehört, daß sie diese Stelle nicht mehr bekomme, kränke sich deshalb, schlafe darum auch in der letzten Zeit schlechter.

Im folgenden leicht reizbar, gibt gerne spitze Antworten, sonst unauffällig. Am

4. Oktober geheilt entlassen.

Patientin erscheint im Krankenhause aufgeregt, äußert Selbstmordideen. Beim Versuche, sie als Pflegerin zuzuteilen, gebärdet sie sich nach einigen Stunden schon derart, daß man sie in die Reserve setzen muß. Am

17. Oktober brachte sie sich in ihrer Dienstwohnung am linken Vorderarm eine Schnittverletzung bei; von der chirurgischen Abteilung wurde sie wegen ihrer Unfügsamkeit aufs Beobachtungszimmer transferiert. Sie kommt hier lärmend an, beruhigt sich aber sehr bald.

18. Oktober. Zeitlich und örtlich orientiert, begrüßt stürmisch die ihr bekannten Ärzte, läuft im Zimmer hin und her, zeigt lebhaftes Mienenspiel, gestikuliert theatralisch, arbeitet mit ihren aufgelösten Haaren herum. Sie spricht nahezu unausgesetzt, ist sich ihrer Situation vollkommen bewußt. Sie schimpft, macht Witze, verlangt nach Zigaretten etc. Die Agitationen und der Affekt stehen mit dem Inhalt des Geäußerten nur wenig in Zusammenhang; man gewinnt den Eindruck, als wäre vieles gemacht.

20. Oktober. Schreit, singt, duldet absolut keine Kleidung, demoliert das Gitterbett; ungenügende Nahrungsaufnahme.

28. Oktober. Patientin, die trotz ihrer Witze, z. B. Schiller sei ihr Schwager, stets vollkommen die Lage beherrscht, ist außerhalb der Visite manchmal ganz ruhig, die Visite hat immer eine psychomotorische Erregung zur Folge. Besonders lebhaft sind die Gestikulationen der linken oberen Extremität, die, zum Kopfe gebracht, dann in weitem Bogen durch die Luft geführt wird. Die Kranke fährt sich wie kämmend durch die Haare, wischt oder wehrt ab. Zeitweise beobachtet man auch Beschleunigung und Vertiefung der Atmung. Einmal große Szene; sie wälzt sich am Boden herum, will sich die Kleider herunterreißen.

6. November. Gelegentlich des Eintreffens ihres früheren Assistenten außerordentliche Affektsteigerung. Patientin eilt im Sturmschritt auf und ab, schimpft „der Hund, der Elende“; wird durch jeden Zuspruch nur noch erregter, fetzt ihr Gewand herunter, fällt endlich keuchend, wie bewußtlos, über ihr Bett.

22. November. Die ganze Zeit über sehr anspruchsvoll; fröhnt mit Leidenschaft dem Rauchen, spricht von den Glücksempfindungen, die der Kokaininjektion folgten. Wohl im Zusammenhang damit stellt sie metaphysische Spekulationen an, frägt, was das Glück sei? Impressionabel, leicht verletzlich: über Innenvorgänge zurückhaltend, sonst zu Gespräch und Unterhaltung sehr geneigt, witzig. Am

25. November neuerlich in die Irrenanstalt transferiert, ist sie derart unruhig, daß sie auf die Tobabteilung versetzt werden muß. Sie schreit, klatscht in die Hände, rüttelt am Gitter, wirft sich wild im Bette herum; typische Attitudes passionnelles. Nahrungsaufnahme und Schlaf ungestört.

27. November. Patientin ergeht sich in theatralisch-pathetischen Gesten, vollführt in raschem Wechsel mit den Armen eigentümlich schleudernde Bewegungen, erklärt sich für ganz gesund; die Leute halten sie für närrisch, hier im Irrenhause werde sie es gewiß werden.

3. Dezember. Merklich ruhiger, beschimpft aber die Ärzte, wenn ihre Wünsche um Kostaufbesserung nicht erfüllt werden.

Im Laufe des Dezember schreitet die Beruhigung fort; Patientin beschäftigt sich, ist außerhalb des Bettes haltbar, freundlich, zugänglich. Die oben erwähnten Schleuderbewegungen werden zur Zeit der Visite noch fortgesetzt.

1. Jänner 1903. Ungemein anspruchsvoll, empfindlich; die kleinsten Anlässe lösen typisch hysterische Anfälle mit Arc de cercle aus, die durch Druck auf die Ovarialgegend meist leicht coupiert werden können. Pathetisch-affektiertes Wesen; gefällt sich in Selbstmordäußerungen; verlangt als Lektüre Faust oder dergleichen.

Gelegentlich eines Besuches in der Irrenanstalt traf ich die Patientin auf der Tobabteilung philosophierend an; diesmal waren es Schöpfungsfragen, Betrachtungen über Werden und Vergehen, mit denen sie mich begrüßte.

Eine hereditär belastete Person, die niemals etwas Hysterisches erkennen ließ, bis sie durch ihren Beruf zum Kokainmißbrauch verführt wird. Dem Gifte verdankt sie eine in Worten unfaßbare Euphorie, ein Glücksgefühl, aus dem sie plötzlich gerissen wird. Dazu kommen die Affekte, die von der Kokainpsychose ausgehen, und so entsteht ein eigenes Bild, das erst allmählich, aber immer deutlicher zur Hysterie wird; schließlich fehlen auch die großen konvulsiven Anfälle nicht mehr. Die Kranke, welche ihr Nachahmungstalent schon am 27. Mai bekundet hat, kopiert sich in der Hysterie gewissermaßen selbst. Die merkwürdigen Bewegungen der oberen Extremitäten, welche diesem Falle sein ganz individuelles Gepräge geben, führen unzweifelhaft auf die stete motorische Unruhe, das Wischen und Kämmen des Kokaindelirs zurück, es sind genau dieselben Innervationsimpulse; Patientin arbeitet noch immer mit ihren Haaren herum, wie sie dies anfangs getan, nur haben sich diese bewußten und willkürlichen Bewegungen in einen Automatismus verwandelt. Ebenso ist die zweite merkwürdige Erscheinung, die Neigung zur Metaphysik, zu philosophischen Betrachtungen der Kranken aufgezwungen durch den Vergleich zwischen einst und jetzt. Das Kokain und die damit assoziierte Glücksempfindung kann sie aus ihrem Gedächtnis nicht verdrängen; sie ist unzufrieden, unglücklich, nicht existenzfähig und diese drückende Mißstimmung entlädt sich in hysterischer Umformung, zum Teil in Heiterkeitsaffekten; ziemlich direkt aber auch in Betrachtungen über das Wesen der Glücksempfindung. So atypisch der Kasus sonst scheint — er wäre in das Formen-

schema der Hysterie nicht leicht einzureihen — so sicher ist die Diagnose und die Genese der Erkrankung. Ausdrücklich soll betont werden, daß nach dem Charakter der psychischen Störungen die Diagnose Hysterie eher möglich war, als von der neurologischen Seite her; während die Psychose sehr ausgeprägt ist, kommen Stigmen erst spät und rudimentär zur Beobachtung; die klassischen Anfälle bestätigen nur mehr die gestellte Diagnose.

Ein Delirium ausgesprochen hysterischen Charakters, mit eigentümlichem Schluchzen verbunden, konnte an der Klinik auch einmal in der Abstinenz nach chronischem Paraldehydmißbrauch beobachtet werden.

In allen diesen Fällen anscheinend toxischer Genese ist darauf hinzuweisen, daß es sich unzweifelhaft um hysterisch prädisponierte, wenn nicht gar schon hysterische Individuen handelt, bei denen die Vergiftung oder die Abstinenz nur zum auslösenden Anlaß wird. Schon die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der toxischen Agentien macht es höchst unwahrscheinlich, daß sie selbst und unmittelbar die Hysterie schaffen; ganz akzidentell bricht diese gelegentlich aus nach normalen Dosen gebräuchlicher Medikamente, Paraldehyd, Amylenhydrat (Mihi), Phenacetin (Illowa). Beweisend ist es, wenn völlig die gleichen Krankheitserscheinungen bei einem und demselben Individuum einmal durch ein psychisches Trauma, das anderemal durch eine Medikation, das drittemal etwa gar nur durch Streichen der Stirn hervorgerufen werden (vergl. Beobachtung VII). Zugeben kann man höchstens, daß die durch manche Gifte gesetzte Schädigung, namentlich eines in Entwicklung begriffenen Gehirnes der hysterischen Veranlagung in etwas entgegenarbeitet.

Analoges läßt sich von einer andern Gruppe physischer Noxen behaupten. Schwere Krankheiten, die mit einem schlechten Ernährungszustande einhergehen, Anämie, Chlorose, dürften durch Herabsetzung der Widerstandskraft, Schwächung des Nervensystems die Disposition zur Erkrankung an Hysterie steigern. Diese wurde übrigens zu den verschiedensten körperlichen Affektionen in Beziehung gebracht, namentlich zu akuten Infektionskrankheiten, wobei an eine kombinierte Aktion der Stoffwechselstörung und der Bakterientoxine gedacht werden darf. So sah man Hysterie nach Typhus (Friedländer), Pneumonie, Scarlatina, Diphtherie, Meningitis cerebrospinalis (Roller), nach Influenza (Joubioux), Rheumatismus acutus, Gonorrhöe; dann bei angeborenem oder in früher Jugend erworbenem Vitium cordis (Girandeau), nach Syphilis (Fournier, Jolly, Kirkoff), Malaria, Denguefieber (Naef), nach Insolation (Leuch, Binswanger). Schon die Vielheit und Vielart dieser Ursachen beweist, daß es sich um die unmittelbare Ätiologie der Hysterie nicht handeln könne.

Eine besondere Bedeutung hat man seit altersher den Krankheiten der weiblichen Sexualorgane zugewiesen. In dem Maße, als die Psychogenie immer erkennbarer zur Grundlage der Hysterie wurde, zogen die Gynäkologen von der „Vorstellungskrankheit“ sich zurück; allerdings

nicht, ohne daß zeitweise doch ein neuer Vorstoß erfolgen würde; nur mit dem letzten und bestimmtesten sollen die folgenden Zeilen sich beschäftigen.

W. A. Freund sucht die Ursache der Hysterie in einer Erkrankung der Parametrien. Die Ovarien läßt er beiseite, sie lösen nach ihm ganz andersartige Störungen aus; aber die Parametritis chronica atrophicans ziehe immer eine Hysterie nach sich. Freilich könne bei torpiden oder in jeder Beziehung widerstandskräftigen Personen jene Neurose in geringer Ex- und Intensität sich bemerkbar machen, sie fehle aber nie. Freund muß zugestehen, daß es Hysterie auch bei Personen gibt, an welchen man die chronische Parametritis nicht nachweisen kann; und diesem Teile seiner Behauptung wird alle Welt zustimmen. Den Geltungswert seines ersten Satzes stößt der Autor dadurch um, daß er den Begriff der Hysterie etwas eigenartig faßt. Da die Definitionen der Neurologen nicht vollkommen übereinstimmen, schlägt Freund vor, hysterische Erscheinungen nur diejenigen zu nennen, „welche erwiesenermaßen von den weiblichen Genitalien aus auf reflektorischem Wege an anderen Organen erregt werden". Abgesehen davon, daß es schwer halten dürfte, von Ausnahmsfällen abgesehen, den stringenten Beweis dieses reflektorischen Zusammenhanges zu erbringen, bewegt Freund sich da in einem Zirkel. Wenn man aber statt Hysterie Reflexneurosen setzt, so sind die Ausführungen dieses Forschers der Beachtung weitester Kreise wert, um so mehr als er den bis nun so dunkeln Begriff des Reflexes anschaulich zergliedert und aus reichster Erfahrung durchaus maßvolle Folgerungen zieht.

Wenn die Hysterie an eine Genitalerkrankung anschließt, handelt es sich immer um Individuen, welche prädisponiert waren; nie erzeugt das Frauenleiden die Hysterie, diese wird nur aus ihrem Schlummer geweckt, und zwar durch psychische Vermittlung. Gelegentlich meiner Arbeit „Zur Frage der kausalen Beziehungen zwischen Frauenleiden und Geisteskrankheiten"*) habe ich im speziellen Hinblick auf die hysterischen Psychosen folgendes ausgeführt: Das Bewußtsein an einer Genitalerkrankung zu leiden, muß um so schädlicher sein für das seelische Befinden, als die Sexualfunktion im Leben der Frau die Szene beherrscht. Wenn das geleugnet werden sollte, braucht man beispielsweise nur auf die so häufigen Beobachtungen zu verweisen, daß Sterilität oder selbst nur der unerfüllte Wunsch nach einem männlichen Deszendenten Verstimmungen auslöst, welche durch ihre Maßlosigkeit, ihre Dauer, die körperlichen Begleiterscheinungen als Psychose imponieren, daß das Gefühl weiblicher Unvollkommenheit in Fällen von Vaginismus z. B. zu Selbstmordversuchen treiben kann. Wenn der Arzt obendrein Gelegenheit hat zu sehen, mit welch liebevoller Sorgfalt die Sexualfunktion von weiblichen Personen kontrolliert wird, wie, namentlich bei den so-

*) Festschrift Chrobak. Wien 1903.

genannten besseren Ständen, jede Verfrühung der Menses um einen halben Tag, wie eine subjektiv empfundene, objektiv gar nicht nachweisbare Sekretion aus dem Genitale zu Selbstquälereien führt, welche knapp an der Grenze des Pathologischen stehen: dann wird man die psychische Vermittlung nicht so gering einschätzen. Diese und nur diese läßt begreiflich erscheinen, daß kein Parallelismus zwischen Schwere der Genitalerkrankung und Psychose besteht, daß eine Stenose des Orificium uteri, eine Retroflexio, ein Cervixkatarrh hysterische Seelenstörungen veranlassen, während Blutungen, Säfteverluste, Schmerzen nur neurasthenische Zustandsbilder schaffen. Ganz überzeugend sprechen für die psychische Genese einer Reflexhysterie jene Fälle, bei welchen irgendeine Scheinoperation rein suggestiv einen glänzenden Heilerfolg erzielt.

Man hat die Menses selbst unter den veranlassenden Momenten der Hysterie angeführt. Tatsache ist, daß manche hysterische Frauen sich um diese Zeit besonders kritisch fühlen, daß pathologische Affektausbrüche, Halluzinationen, gehäufte Anfälle oder sogar Geistesstörung besonders gern mit den Menses zusammentreffen. Doch muß das Wort Kausalität hier im weitesten Sinne genommen werden; nicht einmal in dem Falle, daß eine erste hysterische Geistesstörung im Anschluß an die Menses auftritt, kann man die letzteren verantwortlich machen; denn dieselben Frauen haben ihre Menses in kurzen Intervallen und jene Geistesstörung ist ihre erste und vielleicht einzige. Es scheint auch ungerechtfertigt anzunehmen, daß bei einer gleichzeitigen Störung im Sexualsystem die Pathogenität der Periode gesteigert werde; wenigstens bietet das vergleichende Studium aller vorliegenden Krankengeschichten keine zureichenden Beweise für eine solche Annahme. Hysterische mit ganz normalen Genitalien haben zur kritischen Zeit schwere Störungen und gynäkologisch kranke Frauen vertragen ihre Menstrualbeschwerden, ohne hysterisch zu reagieren. Man trifft umgekehrt bei Hysterischen gelegentlich heftige Schmerzen, Dysmenorrhöe, ohne jeden erklärenden Befund, als Symptom der Hysterie selbst, z. B. Ovarialgia hysterica, die sich zur Zeit der Menses einstellt.

Das Zusammentreffen verschiedener hysterischer Symptome in zeitlicher Koinzidenz mit der Periode wird verständlich, wenn man auf die physiologische Wellenbewegung Hegars zurückgreift, an welcher der ganze Körper, mit ihm das Zentralnervensystem des Weibes teilnimmt. Die unmittelbare Beobachtung lehrt, daß zur Zeit der Menstruation das Vorstellungs- und Empfindungsleben auch der normalsten Frau alteriert wird. Die hysterisch veranlagte Person kann eine ganz andere werden, ohne selbst ein Bewußtsein davon zu haben. Das psychische Gleichgewicht ist um den kritischen Termin erschüttert; wo schon Labilität vorhanden war, wird diese gesteigert. Es ist daher begreiflich, daß krankmachende Einflüsse während der Periode eher zum Ziel gelangen; in der Alteration

des Organismus, welche die Menses begleitet, wäre ein die Disposition förderndes Moment zu suchen. Als solches gilt die Periode übrigens bei allen Formen degenerativen Irreseins. Ebenso bekannt ist, daß gerade um diese Zeit am leichtesten pathologische Impulse zum Siege gelangen, es sei nur an die Ladendiebstähle menstruierender Frauen, die Pyromanie etc. erinnert.

Hysterische Geistesstörungen nach Wochenbetten, namentlich nach rasch aufeinanderfolgenden, können in verschiedener Weise erklärt werden. Der Partus bedeutet eine körperliche Schwächung; er ist unter Umständen auch ein psychisches Trauma. Bezeichnend sind Fälle hysterischer Psychosen, nachdem hintereinander eine Reihe von Mädchen zur Welt gekommen war, während die Frauen respektive deren Familie an einem männlichen Deszendenten das größte Interesse gehabt hätten.

Daß sexuelle Exzesse speziell Masturbation schädlich wirken, wie alle Debauchen, indem sie die Widerstandskraft des Nervensystems herabsetzen, erscheint selbstverständlich. Man hat ebenso die sexuelle Abstinenz in der Ätiologie der Hysterie eine Rolle spielen lassen. Beim Manne kann Abstinenz wohl nur schaden, wenn sie trotz lebhafter Libido erzwungen wird; sie pflegt übrigens neurasthenische Zustände auszulösen. Bei asexuell veranlagten Männern fehlt eine Quelle der heftigsten Erschütterungen; nur der Kampf mit den zur Leidenschaft anwachsenden Impulsen stellt größere Anforderungen an das Nervensystem. Nicht zu bezweifeln ist, daß eine Anzahl von Männern in absoluter, andere wenigstens in relativer Abstinenz leben, ohne überhaupt zu erkranken; somit dürfte auch hier die persönliche Veranlagung entscheiden. Bei Frauen wirkt zunächst das seelische Moment, die Nichterfüllung des Berufes als Gattin und Mutter, obendrein bedeutet die Nichtbeachtung von seiten der Männerwelt, das Zurückstehen im Kampfe um den Mann eine schwere Kränkung. Schließlich führt bei einer gewissen Anzahl sehr temperamentvoll veranlagter Mädchen und Frauen die erzwungene Unterdrückung der Sexualität, die Unmöglichkeit ihre Gefühlswelt seelisch und physisch auszuleben, zu unbefriedigenden inneren Spannungszuständen und hier setzen manchmal hysterische Störungen ein. Auf derartigen Erfahrungen beruhen unzweifelhaft alle die alten Theorien von der revoltierenden Gebärmutter bei Hysterie.

Andererseits aber ist bei männlichen wie bei weiblichen Individuen auch der normale Geschlechtsverkehr eine Quelle von psychischen und körperlichen Erschütterungen; er bedingt die heftigsten Affekte und an diese kann die Hysterie anknüpfen. Es ist speziell die Insuffizienz des impotenten Mannes der im Schwächegefühle und der Erschöpfung nach einer Ejaculatio praecox, als Kranker Nachsicht von seiner Partnerin heischt und in der Hysterie ein Refugium findet. Ebenso ist zu beobachten, daß die Unbefriedigung der sexuell lebhaft erregten Frau in

körperlichen Bewegungsformen sich äußert, welche den hysterischen Konvulsionen außerordentlich nahestehen, namentlich wenn noch Komplikationen hinzutreten. So kann der Affektsturm nach einem illegalen Koitus, wo der Einsatz der Geschlechtsehre doch nur eine Enttäuschung brachte, sich in einer Art entladen, daß man einen hysterischen Anfall vor sich zu haben glaubt.

Die bisherigen Betrachtungen führen zu einem Moment, welches eigentlich schon die ganze Zeit über immer und immer wieder gestreift werden mußte: Das Trauma in des Wortes weitester Bedeutung, besonders das psychische Trauma. Es kann ein Eisenbahnzusammenstoß, es kann eine Ohrfeige, es kann aber auch ein Wort hysterische Erscheinungen auslösen. Daß in den zwei ersten Fällen weniger die mechanische Erschütterung als die seelische Emotion wirkt, wird bewiesen durch Individuen, bei welchen die Manifestationen der Hysterie einmal auftreten nach einem Unfalle, die gleichen Symptome das zweitemal auf einen Affekt hin; Beweis weiter, daß die schwersten hysterischen Erscheinungen zu beobachten sind, ohne daß irgendeine Verletzung vorausgegangen ist. Inwieweit das Trauma die Hysterie schafft, ob es etwa nur eine bereits latente offenkundig macht, darüber sind die Meinungen geteilt. Speziell die hysterischen Geistesstörungen werden aller Erfahrung nach fast ausschließlich durch psychische Ursachen vermittelt, und hiebei kommt man der Bedeutung des Wortes Ursache näher als bei allen früher aufgezählten Momenten.

Jede plötzliche und intensive negative Gefühlsschwankung kann eine latente Hysterie zum Ausbruche bringen, einer schon vorhandenen neue Symptome hinzufügen. Ob eine solche Gefühlsschwankung wirkt, hängt natürlich von dem betreffenden Individuum ab. Jeder ist in anderem Grade und an einer anderen Stelle verletzlich, je nach seiner persönlichen Eigenart und Anlage. Von vornherein läßt sich aber sagen, daß die Frauen das vulnerablere genus darstellen, a priori ist verständlich, daß die vielen Angriffe, denen ihre Geschlechtsehre ausgesetzt ist, einen beliebten Anknüpfungspunkt für die Hysterie bilden, während der aktive Mann dieser Ätiologie gänzlich ermangelt.

Damit wäre die Frage über die Bedeutung des sexuellen Traumas angeschnitten. Nach der Auffassung mancher Autoren würde dasselbe die Ätiologie der Hysterie geradezu beherrschen. Man muß zugeben, daß hier eine ganze Summe von Schädlichkeiten vereinigt und potenziert erscheint. Vom Sexualleben werden, namentlich beim Weibe, schwere und nachhaltige Affekte ausgelöst, die um so tiefer nachwirken, als sich häufig Folgen, Enttäuschungen, körperliche und materielle Schäden an geschlechtliche Angriffe knüpfen, ganz abgesehen davon, daß ein unvorbereitetes weibliches Gemüt in einen unheilvollen Zwiespalt mit sich selbst gebracht werden kann. Da kein Grund vorliegt, außer diesen

psychisch wirksamen Faktoren dem sexuellen Trauma noch eine spezifische Wirkungsweise zuzuschreiben, wäre es daher den psychischen Ursachen der Hysterie einzuordnen, es wäre eine der vielerlei Quellen, aus welchen die Hysterie schöpft. Es will übrigens scheinen, als ob das sexuelle Trauma in seiner Bedeutung und in der Häufigkeit seines Wirkens entschieden überschätzt würde; mit maßgebenden Autoren muß hier bestritten werden, daß es die alleinige Ursache der Hysterie sein könne. Auch bei dieser Ätiologie handelt es sich wohl immer um von Hause aus abnorme Individuen, deren ungewöhnliche Reaktionsweise auf äußere Reize schon bei anderen Gelegenheiten festzustellen gewesen war.

Bricht die Hysterie aus, so rückt, wie schon bemerkt wurde, die sexuelle Sphäre in den Vordergrund; viele Patientinnen werden erotisch, erfinden sexuelle Attentate, wenn sie über keine obszönen Erinnerungen verfügen. Und so geschieht es, daß man auf ein Geschlechtstrauma stößt oder eigentlich gestoßen wird. Dasselbe bedeutet weniger für die Ätiologie als für die Symptomatologie der Erkrankung. Bedauerlich ist, daß ein so geistvoller Forscher wie Freud in letzter Zeit jede andere Möglichkeit ablehnt und die Hysterie immer auf ein sexuelles Erlebnis zurückführt oder eigentlich auf deren mehrere, denn der Autor erklärt als spezifische Bedingung der Hysterie sexuelle Passivität in vorsexuellen Zeiten. Das erste Erlebnis muß der frühen Kindheit angehören und in wirklicher Irritation der Genitalien (koitusähnliche Vorgänge) bestanden haben. Von hier gehe die hysterische Reaktion gegen Pubertätserlebnisse und die Entwicklung hysterischer Symptome aus. Dieses zweite sexuelle Trauma könne verschiedenartig sogar geringfügig sein, z. B. Aufnahme von Mitteilungen über Geschlechtsvorgänge, obszöne Fragen, etc. Der ungewöhnlich unangenehme Eindruck von der Genitalsphäre her werde von den Kranken gewaltsam unterdrückt. Er werde nicht abreagiert, nicht korrigiert, die Patienten bemühen sich nur ihn zu vergessen, sie drücken ihn ins Unbewußte hinab, wo er weiter existiert und hysterische Erscheinungen auslöst.

Von dem Gedanken der Psychogenie ausgehend, wurde bei jedem Falle von Hysterie, der sich genügend intelligent erwies, versucht, ätiologisch in die Tiefe zu dringen. Es wurde das Wachexamen auf persönliche Erinnerungen, in der Regel unter vier Augen, in einer ziemlichen Anzahl das in tiefster Hypnose herangezogen, was noch ergiebiger sein muß, als die von Freud befolgte Methode, welche ja nur den Schwierigkeiten der Hypnose ausweicht; es wurde auch seine Methode versucht: und das Ergebnis? Man erfährt von den verschiedensten Gemütsbewegungen. Spezifisch weiblich ist es, daß viele auf erotischem Gebiet weitesten Sinnes sich bewegen, der Herzenskummer im populären Wortsinn. Und immer ist das Trauma der Veranlagung angemessen; überaus empfängliche Naturen werden schon pathologisch affiziert durch Eindrücke, Erfahrungen, denen kein weibliches Wesen entgehen kann; man findet eine besondere

Prüderie gerade in höheren sozialen Schichten, wo die überaus streng durchgeführte räumliche Trennung der Kinder nach Geschlechtern und die ununterbrochene Aufsicht am ehesten vor Kindertraumen schützen muß, wo es tatsächlich gelingt, die Mädchen bis zu bedeutenden Altersstufen vollkommen naiv zu erhalten; wo man also erwarten sollte, daß eine Reflexion auf noch frühere Erlebnisse fehlt. Bei diesem Prinzipe ist es aber selbstverständlich, daß jedes Mädchen einmal in seinem Leben ein schweres Trauma erleiden muß; einmal klärt doch Zufall oder Bestimmung in roher Weise auf und stellt alle so fest eingeprägten moralischen Begriffe und Wertungen, die ganze künstliche Welt, in die man das Geschöpf eingesponnen, auf den Kopf. Gesunde Nervensysteme vertragen auch das ohne Schaden; pathologische machen eine Krise durch, deren Ausgang eben von der Art ihrer Veranlagung abhängt. So entsinne ich mich einer weiblichen Person, welche dem legal durch den Gatten erweckten Wollustgefühle fassungslos gegenüberstand, die Vorstellung der Sündhaftigkeit nicht entwurzeln konnte und in vergeblichem Kampfe gegen die Natur, die sie eingelerntermaßen mit Sünde und Höllenstrafen identifizierte, an einer schweren Neurose erkrankte. Für moralisch Schwachsinnige hingegen gibt es kein sexuelles Trauma; man darf wohl nicht davon sprechen, wenn sie einen Liebhaber verführen. Individuen der ersten wie der zweiten Kategorie werden hysterisch und berichten dem Arzte in affektvoller Weise, was sie erlebten.

Unter allen Eigenbeobachtungen ist nur ein Fall, welcher der sexuellen Ätiologie von Freud halbwegs entgegenkommt, wenigstens in der Art, wie das Geständnis gemacht wurde. Der Kasus sei hier angeschlossen, weil er mehr als alle kritischen Bedenken, als alle gegenteiligen Erfahrungen für den im vorliegenden vertretenen Standpunkt spricht:

Beobachtung XL.

Karoline S., geboren 1879, katholisch, ledig, stammt von einem trunksüchtigen Vater, der zweimal in irrenärztlicher Behandlung stand, und von einer „geisteskranken" Mutter. Eine ältere Schwester ist hochgradig nervös, aber nicht hysterisch. Patientin hatte vom 6. bis zum 14. Lebensjahre choreatische Zuckungen; seit dem 18. Jahre bestehen, meist durch psychische Momente ausgelöst, in der letzten Zeit durchschnittlich 1mal im Monat, früher öfters, durch Globus eingeleitet, Anfälle von Bewußtlosigkeit mit tonischen Krämpfen, Arc de cercle, tobsuchtartiger Erregung, Aggression gegen die Umgebung; kein Zungenbiß, niemals Verletzungen. Dauer eines solchen Anfalles 2—3 Stunden, einmal auch drei Tage. Nachher war die Kranke vollkommen orientiert, geordnet, bot Amnesie. Am 9. Juli 1901 geriet sie nach einem Zusammentreffen mit einem ehemaligen Verehrer, der sie jetzt ignorierte, in heftige Aufregung, wollte sich vom Fenster herabstürzen. Als man ihr in den Weg trat, begann sie irre zu reden, lief in der Wohnung umher, schlug sich auf den Kopf, warf die Einrichtungsgegenstände durcheinander. Sie hielt sich die Ohren zu, rief, die Musik solle nicht spielen, man möge schöner singen,

da brennts! Patientin schien auch Stimmen zu hören, denen sie in abgerissenen Sätzen Antwort gab, während sie auf Ansprache nicht reagierte. Nur mit großer Mühe, unter Aufgebot aller verfügbaren Hausleute, konnte sie an Gewalttaten respektive an der Flucht gehindert werden.

10. Juli. Starrt mit ängstlicher Miene, zeitweise gestikulierend oder grimassierend, vor sich hin, sagt mehrmals: „Da sind sie!" Unvermittelt Lächeln. Zahlreiche Degenerationszeichen, neuropathisches Auge. Patellarsehnenreflexe gesteigert, Fußklonus. Steifigkeit in der Haltung, Versteifung der Extremitäten bei Versuchen passiver Bewegungen. Am

19. Juli früh wird die Kranke in der Irrenanstalt aufgenommen, zeitlich und örtlich orientiert, klar, amnestisch für das Vorgefallene, in weinerlicher Stimmung.

20. Juli. Patientin weiß, daß sie infolge eines Streites in große Erregung geraten sei, erst nach einigen Tagen wieder zu sich kam.

21. Juli. Die Kranke ist außerordentlich leicht zu hypnotisieren; trotzdem sie noch nie hypnotisiert worden ist, genügt es, sie zu fixieren, ihr die Schlafsuggestion zu geben und sie schläft ein; sie erwacht ebenso prompt auf Befehl.

22. Juli. Als Vorbereitung für ein Examen wird Patientin neuerlich hypnotisiert, die Hypnose vertieft.

23. Juli. Dauernd geordnet. Zur Anamnese trägt die Kranke nach, daß der erste konvulsive Anfall nach einem Streite mit ihrem rohen und oft betrunkenen Vater auftrat. Ursache des Streites war ein Liebesverhältnis. Die Exploration auf ein sexuelles Trauma bleibt erfolglos.

In der Hypnose wird nun versucht, mit der Kranken in Rapport zu treten. Sie antwortet zögernd, leise, wie automatisch, erinnert sich genau des letzten Anfalles am 9. Juli abends. Es war ein Dienstag; der Cousin warf ihr vor, daß sie mit ihrem Verehrer ausgegangen war, was gar nicht statthatte. Darüber regte sie sich sehr auf und der Anfall trat ein. Therapeutische Suggestion für die Gegenwart.

24. Juli. Kindisch affektiertes Gebaren, weinerliche Stimmung. Die gesamte linke Körperhälfte ist in hohem Maße druckempfindlich, Ovarie; die ganze rechte Körperhälfte analgetisch. Hier fehlen auch der Skleral-, der Nasen-, Ohren- und Würgreflex. — Auf Behandlung mit dem faradischen Pinsel verschwindet die Hemianalgesie binnen wenig Sekunden.

In der Hypnose wird etwas zurückgegangen. Die Anfälle bestehen seit dem 14. Lebensjahre, als sie der Vater einmal mißhandelte. Jetzt sieht sie im Anfalle immer das Bild des Vaters vor sich, wie er sie auf den Kopf schlägt.

26. Juli. Erschrickt über eine lärmende Mitpatientin, welche Fensterscheiben einschlägt; darauf konvulsiver Anfall. Bei der Visite amnestisch dafür.

27. Juli. Schläft etwas schwer ein. Berichtet, sie sei gestern erschrocken, hatte Angst, daß ihr etwas geschehe; sah den Vater mit der Hacke vor sich. Posthypnotische Suggestion. Wacht zur angegebenen Zeit von selbst auf, verlangt zu essen.

29. Juli. Auch heute etwas verzögertes Einschlafen. Nochmaliges Examen über den letzten Paroxysmus. Die Gestalt des Vaters kommt immer von der rechten (anästhetischen!) Seite; sie sieht ihn während des ganzen Anfalles; keine anderen Halluzinationen oder Delirien.

2. August. Bei der Visite laut weinend angetroffen, gibt keinerlei Auskunft.

Nachmittag Hypnose. Wird wegen des Weinens gefragt. Sie habe sich gekränkt, weil ihr Bräutigam nichts von sich hören lasse. Er müsse doch wissen, daß sie hier sei.

4. August. Liegt früh zusammengekauert am Fußboden; aufgefordert aufzustehen, tut sie es sofort, beginnt aber neuerlich zu weinen.

Nachmittag Besuch ihres Cousins; nachher gut aufgelegt. Hypnose. Sie kränke sich noch immer wegen des ungetreuen Bräutigams. Im 11. Lebensjahre habe sie etwas „Abscheuliches“ gesehen. Ein alter Herr habe etwas von ihr verlangt, sei ihr nachgelaufen. Um keine Suggestivfragen zu geben, kann nicht weiter eingedrungen werden: es handelt sich, nach dem Zögern der Patientin zu schließen, um ein heikles Thema. Sie war damals nicht allein, sondern mit der Schwester; sie lief davon, hatte große Angst, daß jener Herr ihr wehe tun, sie vergewaltigen werde.

7. August. Erzählt heute in der Hypnose nach einigem Stocken, es war auf den Feldern von H., da habe der betreffende Mann seinen Geschlechtsteil hergezeigt, sich an sie herangedrängt. Sie und die Schwester hätten den Vorfall in den nächsten Tagen besprochen. Etliche Wochen später traf sie auf der Straße einen Menschen, der ein ganz ähnliches Gesicht hatte; sie erschrak und bekam zu Hause einen Anfall. Als sie sechs Jahre alt war, starb ihre Mutter, sonst keinerlei Gemütsbewegungen. Sie habe böse Träume von Leichen, wilden Tieren; fühle sich darum am Morgen unwohl, fürchte sich auch abends vor dem Schlafengehen.

10. August. Patientin beschäftigt sich mit Handarbeit, ist von leicht erotischem Gebaren. Ohne eruierbare Ursache besteht heute Nachmittag durch einige Zeit totale Amaurose. Bei der Visite ist nichts mehr davon zu konstatieren. Die Kranke erzählt, daß sie zuerst Flimmern vor den Augen hatte, dann überhaupt nichts mehr sah.

27. August. Andauernd geordnet, anfallsfrei; die Sensibilitätsstörungen vollkommen geschwunden. Im Wachzustande keinerlei Erinnerung an die in der Hypnose preisgegebenen Erlebnisse. Daß dieselben real sind, ergibt ein Examen mit der verheirateten Schwester. Dieselbe erinnert sich zunächst an nichts. Erst als man ihr mit Details nachhilft, kommt ihr plötzlich die Erinnerung und sie erzählt spontan dieselbe Geschichte. Patientin wird heute als geheilt entlassen.

Hier ist in einer Zeit vor der Pubertät das Vorkommen einer sexuellen Attacke auch anamnestisch erhärtet. Dieselbe wird vollkommen verstanden — es handelt sich ja um Großstadtkinder — aber auch nicht tragisch genommen, von den beiden Schwestern in mädchenhafter Neugier besprochen, somit entschieden „abreagiert“ und vergessen. Die Kranke läßt sich die Erinnerung nur in der Hypnose entreißen. Durch assoziative Weckung jenes Ereignisses soll der erste hysterische Anfall aufgetreten sein. Ist die Hysterie damit erklärt? Beide Schwestern sind hereditär belastet, die jüngere schwerer, entsprechend dem progressiven Charakter der Erkrankung in der Aszendenz; das prägt sich auch psychisch und körperlich aus. Während die ältere Schwester nur „nervös“, in der menschlichen Gesellschaft ganz gut möglich ist, ist die jüngere dissozial; sie ist auch körperlich so auffallend als „Degenerierte“ stigmatisiert, daß das rudimentäre sexuelle Trauma gar nicht erfordert wird. Über eine in frühere Kindheit zurückzuverlegende Irritation der Genitalien war nichts zu erheben; wohl aber führte die Kranke später einen leichten Lebenswandel. Ihr Vater erhebt die Hand gegen sie; nun bekommt sie ihren zweiten Anfall; die Anfälle wiederholen sich fortan regelmäßig; sie deliriert die letztere Szene, die augenscheinlich mehr Eindruck auf sie gemacht hat. Den unmittelbaren Ausbruch ihrer Geistesstörung ver-

anlaßt ein Herzenskummer, der gerade im vorliegenden Falle nicht sehr tief gehen konnte: unglückliche Liebe. Verschiedene Affekte also lösen bei einer von Haus aus hysterisch veranlagten Person die Hysterie aus.

Jedenfalls kommt viel darauf an, was man die Hysterischen frägt und wie man sie frägt. Diese Kranken sind ebenso Kausalmenschen wie wir alle. Das allgemeine Vorurteil geht dahin, daß Krankheitserscheinungen, Seelenstörungen nur aus einem Seelenkummer hervorgehen können, und Gemütsbewegungen liegen ja immer parat. Obendrein reagieren die Hysterischen auf Affekteindrücke durchaus pathologisch, ihre Krankheitserscheinungen knüpfen tatsächlich an psychische Vorgänge an. Bekräftigt der Arzt diesen Mechanismus, dann kann die Ätiologie des Falles leicht erschöpft scheinen. Die Hysterischen haben eine besondere Fähigkeit, Gedankengänge des Fragenden in virtuoser Weise zu erraten, mit Schöpfungen des Augenblickes ihm zuvorzukommen, wie eine große Zahl von Erfahrungen lehrt. Verlangt man von ihnen Auskunft über sexuelle Erlebnisse in Pubertät und Kindheit, so darf man überzeugt sein, daß auch die vorsichtigste Frage ihnen solche zu suggerieren vermag, wenn sie dieselben nicht hätten. Es ist aber gar nicht notwendig, frei zu erfinden, da die große Mehrzahl der Menschen über mehr minder harmlose Erinnerungen verfügt. Das Zusammenleben von Knaben und Mädchen in einer Familie, in den für beide Geschlechter gemeinsamen Elementarschulen, wie sie früher allgemein, heute noch auf dem flachen Lande bestehen, führt zu manchen übermütigen Streichen, wobei die Mädchen gerne der passive Teil sind. Es ist wohl allgemein bekannt (vgl. neuestens Ellis), wie zeitig sich die ersten, freilich noch unverstandenen Sexualimpulse regen. Fälle, wie der in der letzten Beobachtung vorliegende, sind auch weder in der Großstadt, noch auf dem Lande so außerordentlich selten. Man macht kein Aufhebens davon; die ganz bedeutende Zahl der Exhibitionisten, die zur Anzeige gelangen, ist doch nur ein verschwindender Bruchteil. Aber auch das Dienstpersonal beteiligt sich an der „Aufklärung" der Kinder. Wenn man Gelegenheit hat zu vertraulichen Gesprächen, kann man Wunderdinge erfahren über die Häufigkeit, mit welcher junge Mädchen des Mittelstandes sexuelle Erfahrungen sammeln; man braucht nicht erst in ein belgisches oder französisches Seebad zu gehen. Für ein normales weibliches Individuum ist dergleichen ein mehr- oder minder peinliches Erlebnis, kein Trauma. Die Hysterischen erzählen mit besonderem Nachdruck von derartigen Abenteuern und sind mit leichter Nachhilfe von seiten des Arztes bereit, ihre Krankheit davon abzuleiten, ohne daß die Kausalität stichhaltig zu begründen wäre.

Freud betont, daß er in jedem Falle von Hysterie auf sexuelle Traumen stoße. Er würde sie ebenso bei Gesunden finden, falls diese sich entschließen, ganz rückhaltlos ihre halbvergessenen Kindheitserinnerungen aufzufrischen und ihm mitzuteilen, wozu ja jeder Antrieb

fehlt. Dazu noch ein lokales Moment. Die Freudsche Theorie ist hier in den weitesten Kreisen genau bekannt. Die Kranken, die ihn aufsuchen, wissen im vorhinein, was er aus ihnen herausfragen will; es sind nur Patienten, die von der Kausalbedeutung ihrer Sexualerinnerungen sich haben überzeugen lassen. Individuen, bei denen die Geschlechtsmotive keine Rolle spielen, wissen, daß sie hier vergebens Hilfe suchen würden. Das scheint einer der Gründe, daß einzig dieser Autor seine felsenfeste Überzeugung an jedem neuen Falle bestätigt findet, während andere Untersucher ebenso bestimmt zu andersartigen Schlußfolgerungen kommen.

Doch es gibt auch wirkliche Attentate, Notzuchtsversuche, denen kleine Mädchen von senil Dementen, von Lüstlingen, von moralisch Schwachsinnigen ausgesetzt sind. In tieferen sozialen Schichten ist das Zusammenleben von Personen verschiedenen Geschlechtes, von Ehepaaren und Kindern in einem Raume beinahe Regel. Die Tochter schläft da neben Vater oder Bruder in einem Bette; man erfährt gelegentlich von Zärtlichkeiten, die an das Mädchen verschwendet wurden. Und keine Hysterie! Andererseits sieht man Hysterische, die man so genau kennt wie sich selbst, Hysterische aus den sogenannten besten Ständen, wo die Mädchen, stets unter vielfacher Obhut, wie Edelfräulein erzogen und vor jedem freieren Lufthauch behütet werden, wo also von einem wirklichen sexuellen Trauma absolut nicht die Rede sein kann und trotzdem Hysterie schon in jungen Jahren.

Die kindliche Hysterie ist vielleicht an und für sich überzeugend. Ich habe den schönsten hysterischen Charakter bei einem kleinen, kaum fünfjährigen Mädchen gesehen, das seine hysterische Mutter in der schauspielerisch vollendetsten Weise kopierte (ebenfalls ein Kasus aus gutem Hause), wo von der Wiedererweckung vorpubertätlicher Ereignisse durch einen erotischen Eindruck im Ernste wohl nicht die Rede sein kann. Auch bei dem achtjährigen Mädchen (Beobachtung III) wird man vergebens nach Sexualität suchen. Ebenso vergeblich bei moralisch schwachsinnigen Männern, bei den schwer insuffizienten Hysterien, den Spitalsschwestern, welche der Krankheitswille zur Verstellung antreibt, Patientinnen, die meist erst im Klimakterium in der Hysterie ihre Zuflucht suchen. Entscheidend ist der Gegensatz: während das Examen bei nichthysterischen Individuen sexuelle Traumen, auch Kindertraumen, die schon vergessen waren, ergibt, werden solche bei Hysterischen vermißt. Damit fällt die ausschließliche Gültigkeit der Freudschen Lehre, was sein Verdienst nicht schmälert, auf die bedeutsame Rolle der Sexualität in der Pathogenese der Neurosen überhaupt nachdrücklich hingewiesen zu haben.

Es stützt wohl auch die hier vorgetragene Anschauung, wenn man registriert, daß die Aura, das Delir, die einzelne hysterische Geistesstörung gelegentlich ein sexuelles Erlebnis herausgreifen, das viel später

stattgefunden hat als die erste Manifestation der Hysterie. Unter allen Vorstellungskomplexen möchte man sagen, eignen sich gerade die sexuellen im weiteren Sinne ganz besonders zu affektvollem Vortrage. Die Rolle der treulos Verlassenen, der um ihr Lebensglück betrogenen ist ebenso dankbar und bei den Hysterischen beliebt wie die der um ihre Tugend kämpfenden, der vor Sehnsucht vergehenden Braut. Indessen leben aber in den hysterischen Reizerscheinungen auch erregte Auseinandersetzungen, Schimpf- und Streitszenen etc., wenn dieselben nur dramatisch reproduziert werden können. Die Wahl der Motive scheint mehr von symptomatologischem Interesse.

Das sexuelle Trauma würde also in die Reihe der gemütlichen Schädlichkeiten rangieren; es stellt in seinen brüsken Formen eine unzweifelhaft sehr wirksame Noxe dar; allerdings muß es eine labile weibliche Psyche treffen. Vollkommen gleichwertig ist wohl das Schrecktrauma, mit und ohne Unfall, welches bei Veranlagten die sogenannte traumatische Hysterie hervorruft. Auch wenn gleichzeitig eine mechanische Erschütterung stattfand, wie bei Sturz aus einem schnellfahrenden Vehikel, bei Erdbeben, Blitzschlag (Reichel), elektrischen Entladungen (Strauß, Hoche), ist, wie schon angedeutet, auf die psychische Auslösung das Hauptgewicht zu legen. Eigene Beobachtungen von Hysterie sowohl nach Blitzschlag als nach elektrischer Entladung lehrten bei näherer Nachforschung, daß im ersten Falle nur der Widerschein eines Blitzes, im zweiten ein ganz unbedeutender Induktionsschlag den Anknüpfungspunkt abgaben, von welchem die Kranken zuerst und nachdrücklich erzählten, während das weitere Examen andere Gemütsbewegungen aufdeckte; ja die Patientinnen kamen im Verlaufe der Zeit von der ursprünglichen Ätiologie selbst ab. Auch hier war übrigens die unverhältnismäßige Schwere der Hysterie von vornherein auffallend, im Hinblicke auf die unbedeutende auslösende Ursache.

Bevor das psychische Trauma in seiner allgemeinen Fassung vorgeführt wird, möge es gestattet sein, zwei Krankengeschichten zu bringen, welche bezüglich der Ursache selten klar liegen und verschiedene Formen der Gemütsaffektion beleuchten.

Beobachtung XLI.

Josefine E., 20 Jahre alt, ledig, katholisch, Dienstmagd, kommt am 22. März 1903 an die Klinik.

Patientin früher immer gesund. In den letzten Wochen ließ sie sich mit einem Soldaten ein, der im selben Hause tätig war, und vernachlässigte dadurch ihren Dienst. Da Ermahnungen nichts fruchteten, wurde ihr gekündigt. Als sie den Posten verlassen sollte, begann sie krampfhaft zu weinen; die herbeigeholten Ärzte fanden sie anscheinend bewußt- und regungslos; dann traten Streckkrämpfe mit Opisthotonus auf; endlich lag sie still und stumm. Sie war nur dazu zu bringen, sinngemäß zu nicken, konnte sich anscheinend

nicht auf den Füßen, nicht einmal sitzend erhalten. Als man sich noch weiter mit ihr beschäftigt, verfällt sie wieder in lautes Weinen.

An der Klinik läßt sie sich entkleiden und zu Bette bringen. Nach kurzer Zeit wird sie mitteilsam, erzählt den Zimmergenossinnen ihre Schicksale. Nachts schlaflos.

23. März. Die Kranke benimmt sich geordnet, spricht sehr lebhaft. Es sei ihr gestern schlecht geworden; sie fühlte Schwindel, starke Kopfschmerzen; weiter wisse sie nichts, bis sie sich hier im Bette fand; doch ist merkwürdig, daß Patientin sich gar nicht wunderte, als sie im Spital erwachte. Über Vorhalt erinnert sie sich auch an die Visite der Ärzte; sie war außerstande zu sprechen. Sie behauptet, im Dienste sich tadellos aufgeführt zu haben; vor acht Tagen erkrankte sie an rheumatischem Gesichtsschmerz. Sie gerät in lebhaften Affekt, tut sehr entrüstet, als man auf ihre erotischen Beziehungen zu sprechen kommt. Gibt nur zu, wenige Worte mit dem Soldaten gewechselt zu haben. Sie war es, die wegen ihres Gesichtsschmerzes kündigte.

Erythematöse Flecken in der oberen Brustgegend; Nadelstiche werden am Halse, an Wange und Kinn links stärker empfunden als rechts.

30. März. Stigmen verschwunden. Hier dauernd unauffällig; bleibt bei ihren Angaben, hält auch an der Amnesie fest. Kein Freiheitsdrang, kein Wunsch nach Beschäftigung. Am heutigen Tage als geheilt den Angehörigen übergeben.

Ein klinisch recht bedeutungsloser Fall, der nur deshalb bemerkenswert erscheint, weil die subjektive Anamnese in charakteristischer Weise durch die objektive ergänzt respektive berichtigt werden konnte. Er zeigt die nicht mehr neue Tatsache, welchen Wert die Geständnisse mancher Hysterischen haben. Würden nur die Angaben der Patientin vorliegen, so müßte man womöglich eine V.-Neuralgie als Ursache der transitorischen Geistesstörung ansehen; in Wirklichkeit verhält es sich aber ganz anders. Der Patientin wird gekündigt, was ihr besonders schmerzhaft ist, da sich gerade zarte Bande zur bewaffneten Macht angesponnen hatten. Sie muß hinaus, wer weiß, in welche kasernenferne Gegend das Schicksal sie verschlägt. Während ein temperamentvolles Stubenmädchen die Türen zuschlägt, einiges Geschirr zu Boden wirft, bekommt die passiv veranlagte einen Weinkrampf, die ebenerwähnte Kranke als Hysterica ihren ersten Anfall. Das ist die ihrer Organisation entsprechende Antwort auf den Gemütsaffekt.

Ganz anders ist zu werten

Beobachtung XLII.

Marie V., geboren 1859, Witwe, katholisch, Garderobierin, wird am 2. Oktober 1902 wegen eines Selbstmordversuches zum Amte gebracht. Während der Untersuchung durch den Polizeiarzt liegt sie in Konvulsionen, gibt nur mühsam in den freien Zeiten Antwort, klagt über Schmerzen in der linken Körperhälfte.

An der Klinik ist Patientin ganz ruhig, geordnet; sie erzählt, daß sie seit 10 Jahren an Herzkrampf leide. Bei der Reproduktion ihrer schmerzlichen Erlebnisse beginnt sie lebhaft zu weinen; überhaupt bewegt sie sich viel im Affekt. Sie hatte jetzt ihre Stelle verloren und aus Verzweiflung darüber wollte sie sich vom vierten Stockwerk herabstürzen. Als Leute sie zurückrissen, erschrak sie darüber so, daß sie wiederum den Anfall bekam. Mäßiger Schnapsgenuß wird zugegeben. — Zittern der Zunge und der Lippen, auf-

geregte Herzaktion; links inframammillar ein Druckpunkt, ebenso in der Ovarialgegend. Sehnenreflexe lebhaft, auf die andere Seite überspringend. Leichte Hypalgesie der linken Hand und des linken Fußes. Am

5. Oktober ist Hypalgesie auf der ganzen linken Seite nachzuweisen. Herabsetzung des Nasen- und Gaumenreflexes, während die rechte Seite deutlich hyperästhetisch ist. Von einer außergewöhnlichen Labilität der Stimmung abgesehen, ohne psychische Störungen.

7. Oktober. Bei der heutigen ausführlichen Besprechung gibt die Kranke folgendes an: Sie mußte schon mit acht Jahren unter fremde Leute; heiratete im Jahre 1885, ohne ihren Mann zu lieben; dieser war ihr nur wie ein Bruder oder Vater. Nach zwei Jahren Abortus, da sie schwer arbeiten mußte. Sie lebte überhaupt in den kümmerlichsten Verhältnissen, fand einen Halt nur am lieben Gott, in ihrer Frömmigkeit; der Himmel mußte ihr über alles irdische Leid hinweghelfen.

Mit ihrer Schwägerin war es trotzdem nicht auszuhalten. Als diese sie wieder einmal beschimpfte: böhmische Mutter Gottes, Bestie, Canaille etc., wehrte sich Patientin und schimpfte zurück. Der Schwiegervater machte dieser Szene ein Ende dadurch, daß er die Kranke ein paar Treppen hinunterstieß. Patientin kam zu Fall, schlug sich zwei Zähne aus. Da packte sie ein furchtbarer Schmerz im Herzen, Herzklopfen, dann warf es sie nieder und sie wand sich in Krämpfen. Obzwar ihr der Schmerz fast die Sinne raubte, wußte sie doch stets von sich. Das dauerte so mehrere Stunden. Der zweite Anfall trat auf, als der Mann ihr einmal aus geringfügigem Anlasse eine Ohrfeige gab. Damals wurde sie bewußtlos bis zu dem Momente, wo sie den Mann wieder vor sich knien sah. Bei der Reproduktion dieser Dinge gerät die Kranke in einen lebhaften Affekt und weint. Auf die teilnehmende Frage hin schluchzt sie noch stärker. Sie habe immer ehrlich gearbeitet, nie jemandem etwas zuleide getan, im Gegenteil ihr letztes noch hergeschenkt, und doch könne sie nicht leben, der Herrgott habe sie verlassen.

Seit jener Ohrfeige ist Patientin schwerhörig, ein Übel, das sich in der letzten Zeit noch steigerte und ihr den Lebensunterhalt weiter erschwerte. Auch ihr Eheleben trübte sich. Ihr Mann verlangte drei- bis viermal im Tage den Koitus und das widerte sie um so mehr an, als er gleichzeitig andere Verhältnisse unterhielt. Nun starb dieser Mann und trotz aller Versprechungen, daß sie bei dessen Familie stets ein Heim finden werde, nahm man ihr die letzten Sachen und setzte sie auf die Straße. Als sie dann noch ungerecht verklagt vor Gericht zitiert wurde, kam der dritte Anfall. Als Garderobierin brachte sie sich mühselig fort. Die unmittelbare Vorgesetzte war ihr feindlich. Infolge ihrer Schwerhörigkeit versah sie ihre Obliegenheiten nur mangelhaft. Schmeicheln lag ihrer Natur ferne, obendrein wurde sie verleumdet, ohne sich zur Wehre setzen zu können, weil sie nicht hörte, was man über sie sprach. Wiederum gerät Patientin in den heftigsten Weinaffekt, als sie diese ihre Not klagt. In der letzten Zeit träumte sie, ihr Mann fordere sie auf, zu ihm zu kommen. Nach endlosen Beschimpfungen durch die Obergarderobierin (die Törrische usw.) wurde ihr endlich gekündigt; nun stand sie da, vollkommen mittellos, ohne Aussicht, einen andern Posten zu finden. Als sie nächsten Tag zur gewohnten Stunde fortgehen wollte und nicht wußte wohin, stieg sie aufs Fenster und verlor die Besinnung. Das war jetzt ihr vierter Anfall.

10. Oktober. Die Kranke ist geordnet, gerät sofort ins Weinen sowie man sie auf ihre Notlage bringt. Sie ist übrigens sehr arbeitsfreudig und nur

mit Mühe dazu zu überreden, sich in die Versorgung schreiben zu lassen. Sensibilitätsstörungen geschwunden.

22. Oktober. Transferiert.

Die Hysterie manifestiert sich hier nur in ganz wenigen (vier) Anfällen, jeder nach einem schweren psychischen Trauma. Als Effekt des unbefriedigenden Grundzustandes, der verzweiflungsvollen Stimmung, des vergeblichen Ringens um Anerkennung der persönlichen Existenzansprüche, trifft man eine stets lauernde depressive Verstimmung, als körperlichen Ausdruck Sensibilitätsstörungen. Wird das belastete Gemüt von einem Affektsturm aufgewühlt, so entlädt sich die unerträglich gewordene Spannung in allgemeinen Konvulsionen. Das letzte genauer zugängliche Ereignis aus dem Leben der Patientin ist so recht bezeichnend für die Hysterie. In Not und Verzweiflung stürzt sie zum Fenster und doch bleibt der Trieb, die Liebe zum Leben siegreich. Sie gestikuliert so lange zum Himmel hinauf, bis Leute auf sie aufmerksam werden und sie vom Fenster herabreißen. Nun hilft ihr der Anfall glücklich über den schrecklichsten Moment hinweg, den des geretteten Selbstmörders. Es wird die Öffentlichkeit gewissermaßen aufgerufen, daß hier ein Menschenleben vergebens versucht, den schweren Kampf ums Dasein mit eigener Kraft auszukämpfen.

Bemerkenswert erscheint nur noch, daß in diesem Falle zwar eine Anomalie des sexuellen Fühlens — Anästhesie — nebenher ging, daß aber weder grundlegend, noch Anfälle auslösend irgend etwas Sexuelles angeschuldigt werden konnte. Patientin bezeichnet sich als eine innerliche, und dokumentiert sich durch mancherlei Züge als Gefühlsnatur. Außerdem trug sie in der Organisation eine gewisse Entladungsmöglichkeit des Zentralnervensystems in Form konvulsiver Anfälle mit sich herum.

Die beiden eben vorgeführten Fälle lehren, daß Gemütsbewegungen verschiedener Art eine Hysterie auslösen. Sie schaffen die Krankheit nicht, aber sie bedingen den einzelnen Anfall, die einzelne Äußerung. Oft sind es tatsächlich die kleinsten Kleinigkeiten, die ein überempfindliches Gemüt zum Anlasse nimmt: eine Auseinandersetzung, ein Streit, eine Kränkung nicht sexuellen Inhaltes können ebensogut einen hysterischen Paroxysmus verursachen wie ein normaler, legaler Koitus. In der Regel allerdings liegen größere Anlässe vor, wirkliche Affektstürme; es wirkt in diesem Sinne auch die Summation vieler kleiner Erschütterungen: ein unglückliches Familienleben, stets sich steigernde Not des Daseins, wo jeder neue Tag hoffnungsloser beginnt als sein Vorgänger, Schrecken, Angst, Sorge, gekränkter Ehrgeiz, schlechter Geschäftsgang, finanzielle Verluste. Anzuerkennen ist die tiefer gehende Wirkung solcher Affekte, welche schweigend hinuntergewürgt werden müssen, wie das jeder gelegentlich an sich selbst erfährt. Es entsteht eine innere Spannung, die sich dann in irgendeiner Form zu entladen pflegt, bei hysterisch Veranlagten eben in Form von Hysterie.

Dieser grundlegende, eigentlich entscheidende Faktor der Veranlagung darf nicht zu gering eingeschätzt werden. Vor Affekten ist ja niemand bewahrt; wie er darauf antwortet, das hängt ab von persönlicher Erreg-

barkeit und Temperament. Es gibt von Geburt aus glückliche Phlegmatiker, die in stoischer Ruhe allen Wechselfällen des Lebens gegenüberstehen, oder Sanguiniker von gesegnetem Humor; Individuen, die alles sofort in irgendeiner Weise abschütteln. Besonders gefährdet und disponiert an Hysterie zu erkranken sind innerliche Menschen mit lebhafter Affekterregbarkeit, bei denen jedes Ereignis lange nachzittert, erst spät in seiner vollen Tragweite gewürdigt wird, wo die Selbstbeherrschung den inneren Kampf verbirgt, dieser aber den Organismus doppelt hart trifft. Ebenso sind mehr zur Hysterie disponiert willensschwache Naturen, die gewohnt sind, sich gehen zu lassen, die es nicht vermögen, starke Affekte und Vorstellungen, welche überragend zu werden drohen, durch Gegenvorstellungen zu beherrschen und zu mäßigen.

Ein ätiologisches Moment spielt bei den hysterischen Psychosen eine größere Rolle als in der ganzen übrigen Psychiatrie. Das ist die Übertragung solcher Zustandsbilder von einer Person auf die andere, die Übertragung durch Ansteckung. Einen vorbereiteten Boden vorausgesetzt, genügt oft der Affekteindruck, die Wirkung auf die Umgebung, welche ein hysterisches, aber auch irgendein anderes ungewöhnliches Zustandsbild hervorruft, um sofort hysterische Erscheinungen zu provozieren. Es handelt sich auch hier eigentlich um ein psychisches Trauma, das eine suggestible Person krank macht durch Überwältigung. An das gasförmige Gift Kröners glaubt wohl heute niemand mehr.

Wenn behauptet wurde, daß jede induzierte Psychose eine Hysterie sei, so geht man damit etwas zu weit, nachdem Fälle genug bekannt sind, wo ein Querulant z. B. ein schwachsinniges Individuum mit seiner Paranoia infiziert. Aber für die große Mehrzahl aller durch Infektion entstandenen Geistesstörungen wird das seine Richtigkeit haben. Man unterschätzt gewöhnlich die außerordentliche Gewalt der Suggestion, die von einer überragenden Persönlichkeit ausgeht, um so mehr, wenn diese Persönlichkeit sich zum Träger von Ideen macht, welche dem zweiten Individuum förderlich, sympathisch sind. Liegen die Ideen gar in der Zeitströmung, sind sie im dunkeln Gefühle einer Volksschichte vorgebildet, kommen dann noch Massenwirkungen hinzu, so greift die Infektion rapid weiter und kann schließlich zu ganzen Endemien führen. Und alle diese gewissermaßen suggerierten Geistesstörungen müssen unter die Hysterie gezählt werden; dies um so mehr, als die psychogene Entstehung bezeichnenderweise auch hysteriforme Mechanismen auslöst und nebstbei echte hysterische Symptome beobachtet werden.

Unbestreitbar ist, daß die Hysterie bei der Gründung von Religionen eine ungeheure Rolle gespielt hat. Noch heute sieht man Analoges; es ist nicht notwendig, hierzu in weltferne Gegenden abzuschweifen; die Hysterie, auch die greifbar körperliche Neurose, feiert in allen Wunder- und Gnadenorten ihre Triumphe. Namentlich naive Völker sind außer-

ordentlich infektionsempfänglich. Doch ist es nicht Kritikschwäche, welche jene Gläubigkeit fördert, eher Impressionabilität, auch die Rassenanlage hilft mit, denn hochgebildete Nationen, z. B. die Franzosen, die Nordamerikaner, leisten hier Hervorragendes. Als ein Beispiel aus jüngerer Zeit, das über die Fortpflanzung von Religion und Hysterie durch Massenwirkung belehrt, sei die auf russischem Boden spielende Geschichte der Sekte der Malewascheina (Sikorski) zitiert.

Die Geruchs- und Empfindungshalluzinationen des Stifters Malewanij hatten sich auf die Anhänger übertragen. Dazu kamen Gehörs-, Gesichtstäuschungen, Krampfanfälle, so daß manchmal die ganze Gesellschaft Attitudes passionelles zeigte oder rhythmische Bewegungen: Hüpfen, Springen, Tanzen, in die Hände klatschen, Schlagen der Brust, des Gesichtes, Haareraufen, Stöhnen, Schreien, Bellen, Wiehern, zu Boden stürzen. Während sie sinnlose Phrasen verbigerierten, glaubten sie eine fremde Sprache zu sprechen; dabei war die Schmerzempfindung aufgehoben. Als Grundlage des Ganzen unerschütterlicher Glaube an die himmlische Mission und die Gottähnlichkeit ihres geistigen Oberhauptes.

Auch der Spiritismus ist eine Religion, indem er das Glauben an Stelle von Wissen setzt. Beziehungen der Hysterie zum Spiritismus bestehen tatsächlich, wie schon erwähnt wurde. Hier interessiert speziell die unter günstigen Umständen rasche Verbreitung derartiger Glaubenslehren, indem jede Sitzung neue und fanatische Anhänger auch in gebildeten Kreisen schafft. Wenn man, wie erst kürzlich in dem Prozeß Rothe von Zeugen beschwören hört, daß Glaseier tatsächlich in der Luft aus nichts entstanden seien, so kann man nur an Gesichtstäuschungen psychogenen Ursprunges denken. Die Leute sehen, was sie zu sehen glauben, respektive sehen wollen. Hysterie trägt diesen Wunderglauben, wie soviele andere und überwältigt scheinbar Gesunde. Es sind übrigens Fälle in der Literatur, welche beweisen, daß ein spiritistischer Vortrag oder spiritistische Experimente ausgeprägte hysterische Geistesstörungen zu schaffen vermögen, natürlich nur bei Disponierten z. B. Gilles de la Tourette, die von Charcot erzählte Geschichte einer hysterischen Epidemie betreffend drei Geschwister, welche an einer spiritistischen Sitzung teilgenommen hatten, der schöne Kasus von Pick und andere.

Kommt hier die Hysterie den Individuen entgegen, indem sie sich in religiöse Ideen kleidet, die ihrem Wesen nach eine Kritik eigentlich nicht gestatten, so ist auch die einfache, unverhüllte Hysterie von einem Individuum auf das andere übertragbar. Besonders leicht geschieht dies bei ungebildeten Berufsständen, Bauern u. a. Pitres welcher sich sehr eingehend mit der epidemischen Entstehung der Hysterie beschäftigt, teilt zwei größere Epidemien mit, die von Morzine (1861—1865) und die von Verzegnis (1878). Neumann beschreibt eine hysterische Hausepidemie. Diese und andere Beobachtungen zeigen, wie in einem gewissen Milieu eigentlich jeder Mensch infektionsempfänglich ist; man braucht

gar nicht an den Aberglauben zu appellieren, es genügt, daß irgendein physisches Agens die kritischen Fähigkeiten mindert, die Willenskraft schwächt. In einer sehr lehrreichen Erfahrung **Geniks** ist es Alkohol, der die hemmenden Einflüsse des Großhirns schädigt, so daß eine Epidemie hysterischer Krämpfe ausbricht.

Nach einer Hochzeit im Moskauer Gouvernement bekam zuerst der Vater des Bräutigams einen hysterischen Anfall, in welchem er anfing, zu weinen, seine Kleider zu zerreißen; gleich darauf erkrankte seine Schwester an einem ähnlichen Anfall, und so ging es weiter; sämtliche Personen schrieen laut und sinnlos auf.

Diese Empfänglichkeit, die bei Erwachsenen erst durch äußere Mittel geweckt werden muß, ist in der Kinderseele schon de norma vorhanden, und es sind seit jeher Kinder die widerstandsunfähigsten Objekte für derartige suggestive Übertragungen, wie eine Unzahl einschlägiger Beobachtungen in der Literatur beweist. Hysterische Epidemien, namentlich in Schulen, wurden neuerer Zeit wiederholt beschrieben (**Wichmann**, **Rieger**, **Kirchgässer**); so in der Dorfschule zu Tinz von **Hirt**: Von 38 Mädchen erkranken 20 an Zittern, Krampfanfällen respektive Ohnmachten. **Rembold** erzählt folgende Epidemie, gleichfalls aus einer Mädchenschule:

Ein Kind sank bewußtlos über die Bank, 9 andere dazu, während 15 jammerten, heulten und nicht zu beruhigen waren. Auch in der Klasse nebenan wurde ein 13jähriges Mädchen ohnmächtig. Die heulenden Kinder wurden von **Rembold** an das offene Fenster gestellt, mit der Aufforderung, frische Luft zu schöpfen. Die wie ohnmächtig Liegenden, deren Lider zitterten, die aber sonst auf Rufen, Schütteln nicht reagierten, bekamen eine nach der andern $^1/_2$ Liter kalten Wassers ins Gesicht, dazu den energischen Befehl, sofort aufzustehen und die dummen Geschichten zu lassen. Siehe da, es war geradezu komisch, wie eine nach der andern mit einem tiefen Atemzug auffuhr, mit erstauntem Gesicht umherblickte. Damit war die Epidemie zu Ende.

Erst im Sommer 1903 spielte sich hier in Wien eine ganz ähnliche Schulepidemie ab, wie ich einer mündlichen Mitteilung verdanke. Besonders bemerkenswert durch ihre Ausbreitung ist endlich jene von **Holwede** aus einer Bürgerschule zu Braunschweig berichtete, wo gar 42 Mädchen im Alter von 8—14 Jahren erkrankten. Charakteristisch ist überall das plötzliche Auftreten der hysterischen Störungen inmitten scheinbar völliger Gesundheit des Individuums, was die Impressionabilität der Kinderseele dokumentiert. Es reicht bei Kindern tatsächlich die normale Suggestibilität aus, damit ein genügend affektvoller Eindruck einfach durch Nachahmung hysteriforme Störungen auslöst. Man kann doch nicht gut annehmen, daß alle Schülerinnen einer Klasse hysterisch veranlagt sind.

Auf die psychische Infektion wurde darum so ausführlich eingegangen, weil sie nicht nur für die Genese vieler Fälle von Hysterie und speziell für die Formengebung entscheidend ist, sondern weil man damit

auch dem Wesen der Sache etwas näher tritt, wie im folgenden Kapitel näher erhellt.

So wie der Anblick eines hysterischen Anfalles einem psychischen Trauma gleichzusetzen ist, ähnlich kann die Schwester der Hysterie, die Hypnose wirken und eine hysterische Geistesstörung hervorbringen. Ein Fall von Nolan:

Ein englischer Soldat, erblich nicht belastet, allerdings Potator und körperlich heruntergekommen, macht einen mehrmonatlichen hochkomplizierten Dämmerzustand durch, nachdem eine Frauensperson ihn in tiefe Hypnose versetzt hatte. Im Zustandsbild finden sich bezeichnenderweise allerlei Erinnerungshalluzinationen an die Hypnose.

Auch Higier beobachtete post-hypnotische Dämmerzustände.

Es handelt sich ja doch nur darum, daß irgend etwas einen lebhaften psychischen Eindruck macht, um einer veranlagten Hysterie Gelegenheit zu geben, auszubrechen. Die durchsichtigste Form gewissermaßen der psychischen Ätiologie ist jene, wo die Krankheit unmittelbar angeregt wird durch gewisse Ideenassoziationen, geweckt durch Erinnerungen, die mit der Krankheitsvorstellung verknüpft sind. Alle Tage kann man beobachten, wie eine Hysterica manifeste Erscheinungen, pathologische Affekte bietet, sowie man ihre wunden Stellen im Gemüte berührt, ein Wort an Ideenkreise mahnt, die eine Exazerbation ihres Leidens veranlaßten.

Dieser Mechanismus hat wohl Freud vorgelegen, als er sagte, kein hysterisches Symptom gehe aus einem Ereignisse allein hervor, sondern es wirke nur die assoziativ geweckte Erinnerung an frühere Ereignisse. Tatsächlich läßt sich in vielen Fällen aus den Geständnissen der Kranken eine derart vermittelte Ätiologie entnehmen; fraglich aber bleibt, ob man verallgemeinern, ein unbedingtes Gesetz aufstellen darf. Übrigens scheint das nicht wesentlich. Damit überhaupt etwas auf uns wirkt, muß es im Spiele der Assoziationen lebhaft gefühlsbetonte Erinnerungen wecken, welche den primären Gefühlssturm noch anschwellen machen. Im Falle der Hysterie sind dies peinliche Vorstellungen und depressive Affekte. Es gibt in diesem Sinne Vorgänge, welche die übergroße Mehrzahl aller Menschen affizieren, andererseits Ereignisse, die geradezu einen höchst persönlichen Geltungswert besitzen, indem sie eben pathogene Erinnerungen heraufbeschwören; auf assoziativem Wege wird das Gleichgewicht eines Nervensystems erschüttert. Aber auch nur dann und nur in diesem Sinne spricht man von einem psychischen Trauma. Niemand nimmt wohl an, daß das äußere Geschehnis unmittelbar die Hysterie provoziere.

Und auch die determinierenden psychischen Traumen müssen eine veranlagte Persönlichkeit vorfinden, die bei den bisherigen Erörterungen immer mehr in den Vordergrund trat. Es ist das Individuum, welches erkrankt, welches der Hysterie mehr weniger entgegenkommt. Charak-

terisiert wurde bereits jene Labilität des Seelenlebens, die Haltlosigkeit Affekten gegenüber, die eine bestimmte Kategorie von Menschen den Hysterischen nähert, ebenso gefährdet sind auch Leute mit einer überspannten Phantasietätigkeit, Individuen, die eigentlich in ihrem Normalzustande stets Phantastereien nachhängen, wobei Glücksvorstellungen, Bilder einer großen Zukunft oder auch erotische eventuell religiöse Szenen bis zur Verzückung ausgeträumt werden, während der reale Boden unter den Füßen schwindet. Hier schlummert die Hysterie unter einer zarten Hülle; schließlich genügt ein ganz harmloser äußerer Anlaß. So gibt es Fälle in der Literatur, wo scheinbar das Anhören einer schaurigen Erzählung die Hysterie hervorruft (Ziehen, Sperling). Bei einer Patientin von Pitres tritt die Hysterie auf, da die Lehrerin vom Untergange Herculanums erzählt. Ein Fall eigener Beobachtung bekommt seinen ersten hysterischen Anfall, als in der Schule von Gespenstern gesprochen wird: die Kranke beginnt Geister zu sehen. Hier ist die Lehrerin an der obendrein chronischen Hysterie ganz unschuldig. Das betreffende achtjährige Kind hat nur die Gelegenheit benutzt, mit seinem Leiden herauszurücken, ihm einen Gedankeninhalt zu geben. Ist der Mechanismus der Hysterie gebahnt oder ausgefahren, dann genügt irgendein unangenehmer Sinneseindruck, eine Theatervorstellung, ein Traum, ein Wort, um hysterische Erscheinungen auszulösen; die Patienten sind den einfachsten Gemütsbewegungen gegenüber beherrschungslos. Hier entfernt man sich am weitesten von der Ätiologie der Krankheit, man kann von Ursache schwer oder gar nicht mehr sprechen; es handelt sich eigentlich um die Auslösung von Einzelerscheinungen bei angeborener Hysterie. Namentlich wenn solche Beobachtungen, wie häufig, Kinder betreffen, sprechen sie ebenso entschieden wie eine Entstehung durch Unfall gegen die sexuelle Genese, machen vielmehr auf die Wichtigkeit der hysterischen Reaktionsweise, als der tatsächlichen Grundlage der Hysterie, aufmerksam.

Die Unzahl der verschiedensten Ursachen reduziert sich somit auf eine einzige, den angeborenen, vielleicht auch in früher Jugend erworbenen Seelenzustand, der einem krankhaften Gehirnzustande entsprechen muß. Wenn man hinzufügt, daß beim Weibe in der Genitalfunktion eine ergiebige Quelle für jene Reize und Schädlichkeiten liegt, welche auf dem vorbereiteten Boden hysterische Erscheinungen auslösen; daß bei entsprechender Veranlagung oder bei Herabsetzung der Widerstandskraft des Nervensystems durch Gifte und erschöpfende körperliche Krankheiten, geringfügige andere Traumen psychischer Natur provozierend wirken: so sind alle Tatsachen der Erfahrung über das Auftreten der Hysterie befriedigend in Einklang gebracht.

Aus dem Zusammenwirken der zwei Faktoren, der konstitutionellen Veranlagung und der auslösenden Traumen erklären sich alle scheinbaren Widersprüche. Ein sehr labiles Nervensystem erkrankt nur dann

nicht, wenn es in geschützter Lage, allen Schädlichkeiten entzogen bleibt, während sonst auf den geringfügigsten äußeren Anlaß hin, scheinbar spontan die Hysterie manifest wird. Diese Labilität des Nervensystems ist nicht etwas, was man erst post hoc erschließt, die Zeichen der Disposition zur Neuropsychose sind klinisch in den meisten Fällen erkennbar; sie bieten prognostisch einen Anhaltspunkt und gestatten prophylaktische Maßnahmen gegen den Ausbruch der Erkrankung. Es sind hauptsächlich Züge des hysterischen Charakters und alle jene körperlichen und psychischen Abnormitäten, die auf Seite 201 skizziert wurden. Die Disposition ist natürlich je nach Individuen quantitativ abgestuft. Bei mittlerer Veranlagung, wenn man so sagen darf, weichen die Träger dieser nur mächtigen Affektstürmen, einer Summation vieler Reize. Gefestigte Organisationen, die den hysterischen geradezu polar gegenüberstehen, erliegen nie. Jedenfalls ist die Hysterie stets ein und dieselbe; ob toxisch, ob traumatisch, ob unmittelbar psychisch veranlaßt, in Wahrheit doch immer die durch einen äußeren Anstoß in Erscheinung getretene krankhafte Veranlagung des Zentralnervensystems.

V. Betrachtungen über das Wesen der Hysterie.

Von den verschiedensten Seiten aus versuchte man in die Hysterie einzudringen, ein Verständnis zu gewinnen für das Gemeinsame, das so vielerlei und so verschiedenartige Symptome zusammenhält. Es würde zu weit führen, alle maßgebenden Autoren über ihre Ansichten auszuholen, zumal sich das meiste ja im Gebiet der Hypothese bewegt; einigen Geltungswert haben nur Gesetze, die man aus den Erscheinungen heraus folgerte. Ausdrücklich soll festgestellt werden, daß hier sowie bei der ätiologischen Forschung die Hysterie als eine und einheitliche Erkrankung zugrunde gelegt ist. Teilungen bedeuten etwas Äußerliches, Künstliches; man kann nur aus didaktischen Gründen versuchen, eine Hysterie paroxystique von einer interparoxystique, eine somatische von einer psychischen Hysterie zu trennen. Alle Fälle, welche der Untersuchung zum Vorwurfe dienen, leiden an beiderlei Störungen; dieselben sind vollkommen gleichwertig und unterliegen den gleichen Normen.

Ein kleiner Teil der Forscher glaubt das Wesen der Erkrankung in grob materiellen Vorgängen zu sehen. Zusammen mit der Neurasthenie, den anderen Neurosen, sollte auch die Hysterie aus Anämie, Dyspepsie und den damit verbundenen Stoffwechselstörungen entspringen (Tissot, Bouchut). Später machte man aus ihr eine Teilerscheinung der arthritischen Diathese (Axenfeld und Huchard, Bouchard, Vigouroux, B. Jones, Haig u. a.). Biernacki hält die Hysterie für einen sekundären Symptomenkomplex als Folge der Einwirkung spezifischer Produkte einer fehlerhaften Oxydationstätigkeit der Zellen einzelner Organe oder des ganzen Körpers. Husemann und Köster weisen auf die Ähnlichkeit hysterischer Zustandsbilder mit solchen von Schwefelkohlenstoffvergiftung hin; letzterer Autor behauptet direkt, Schwefelkohlenstoff und andere Gifte rufen Oxydationsstörungen und damit das klinische Bild der Hysterie hervor.

Nun ist das psychische Trauma aus der Ätiologie der Hysterie nicht zu eliminieren. Um die toxische und die affektive Entstehung unter einen Hut zu bringen, nahm man an, daß durch den psychischen Shock toxische Produkte gebildet werden; man zog zur Stütze dieser Annahme eine Beobachtung heran, welche auf den ersten Blick tatsächlich etwas Überzeugendes zu haben scheint: Unter dem Einflusse von Gemütsbewegungen wird die Muttermilch giftig; allerdings wie ich mir hinzuzufügen erlaube,

giftig nur für den Säugling. Man braucht darum gar keine Toxine, die noch niemand nachgewiesen hat; es genügt, wenn unter dem Einflusse vasomotorischer Störungen, die zum Wesen des Affektes gehören, die Zusammensetzung der Muttermilch sich in geringfügiger Weise ändert; der Säugling reagiert schon darauf. Sonst aber steht der Beweis für eine Giftproduktion im Affekte auf schwachen Füßen; das Mißverhältnis zwischen auslösender Gemütsbewegung, Schwere und Dauer der Hysterie widerstreitet augenfällig den exakten quantitativen Verhältnissen, auf denen die Chemie sich aufbaut.

Von dieser Seite aus kommt man also nicht weiter. Biernacki, der seine Hypothese am konsequentesten ausgebaut hat, macht es anders. Er setzt die spezifischen Gifte als vorhanden, ohne über deren Natur irgendwelche Aufschlüsse geben zu können; er erklärt dann, dieselben modifizieren die Suggestibilität und erzeugen so das Krankheitsbild der Hysterie mit ihren Remissionen. Daß bei Hysterischen, wenigstens in einem Teil der Fälle, Stoffwechselstörungen bestehen, ist ja eine ziemlich wahrscheinliche Annahme; allerdings dürften dieselben verschiedenartig, vielleicht auch nur Teilerscheinungen des grundlegenden Prozesses sein. Es ist zu berücksichtigen, daß bis nun noch alle Stoffwechseluntersuchungen bei der Hysterie ergebnislos verlaufen sind, indem die Entdeckungen des einen Autors durch die Nachprüfung eines zweiten entwertet wurden. Auch die letzten derartigen Analysen von Mainzer in der psychiatrischen Klinik zu Jena ergaben weder charakteristische noch konstante Befunde.

Man möge verzeihen, wenn im Hinblicke auf die enormen Schwierigkeiten einer exakten Untersuchung und den problematischen Wert des etwa zu erhaltenden Resultates von vornherein darauf verzichtet wurde. Wenn man bei der Arthritis urica, wo die Stoffwechselstörung mit Händen zu greifen ist, noch nicht entscheiden konnte, ob wirklich die Harnsäurebildung vermehrt ist; wenn beim Diabetes die einen eine Herabsetzung der Oxydationsvorgänge behaupten, die anderen auf Grund ihrer Stoffwechseluntersuchungen bestreiten, so muß zugegeben werden, daß es ganz aussichtslos erscheint, mit diesen Methoden der Hysterie an den Leib rücken zu wollen. Und in einem so normalen Bestandteile des Organismus, wie die Harnsäure ihn darstellt, das Wesen der Hysterie zu suchen, ist a priori um so unwahrscheinlicher, als die Erfahrung über einen Zusammenhang der klinisch ja wohlbekannten Harnsäurediathese und hysterischer Erscheinungen relativ wenig lehrt. Man sieht die schwersten Arthritiker und keine Andeutung hysterischer Symptome, andererseits keinerlei Anzeichen von Harnsäurediathese bei schwerster Hysterie. Nicht einmal das Nebeneinander der beiden Krankheitszustände erhebt sich über das Niveau eines zufälligen eventuell durch Heredität begünstigten Zusammentreffens.

Die weitere Erfahrung der Klinik, daß es sich bei Hysterie um eine durch erbliche Belastung bedingte, angeborene oder um eine in früher Jugend erworbene Minderwertigkeit, jedenfalls um eine dauernde Anlage handelt, zwingt auch auf eine vasomotorische Erklärung zu verzichten. Die Vasomotoren können gar nicht so viel Stückchen spielen, als von ihnen gefordert wurden; sie sollten die Melancholie, die Manie, die Epilepsie am Gewissen haben, nun auch noch die vielgestaltige Hysterie! Man kennt die Hyperämie der Hirnrinde beim Delirium acutum; bei der Hysterie hat sie noch niemand gesehen. Wohl sind die peripheren Vasomotoren lebhaft in Mitleidenschaft gezogen; man frägt aber wie nach jedem andern Symptome der Hysterie: Wie kommt deren wechselvolles Spiel zustande?

Es wurde behauptet, daß molekulare Protoplasmaveränderungen ein Leitungshindernis setzen, wo (?) der Wille auf die motorische Sphäre übergreift. Indessen scheint das, von der psychologisch etwas kühnen Ausdrucksweise abgesehen, nur eine Versinnlichung dessen, daß das Individuum eben nicht wollen kann, während im Affekt oder reflektorisch, eventuell als Mitbewegung die betreffenden Muskelgruppen in Tätigkeit versetzt werden. Ebensowenig ist gewonnen mit der Annahme, Veränderungen der Dendriten und Achsenzylinder verursachen die Hysterie. Hier drücken sich augenblickliche Anschauungen von der Funktion des Nervensystems aus. Wenn die Neurontheorie fallen und an ihre Stelle die Fibrillenlehre treten sollte, kann man wieder eine andere Möglichkeit ersinnen. Diese Erklärungsversuche wollen übrigens nicht einmal der ganzen Hysterie gerecht werden, beziehen sich nur auf einzelne Symptome.

Wenn man in dieser Weise das Wesen der Hysterie ergründen will, so scheint es, als ob man auch müßte erklären können, warum der eine Mensch Phlegmatiker, der andere Choleriker ist. Gewiß gibt es eine chemische oder anatomische Grundlage dafür, daß das Zentralnervensystem auf die äußeren Reize in einer bestimmten Weise anspricht. Die mikroskopische Untersuchung aber läßt im Stiche, weil die Erkenntnis solcher persönlicher Eigenart im Aufbau der nervösen Organe gewiß noch lange Zeit aller technischen Fortschritte der Präparierkunst spotten wird, ebenso wie die Analysen versagen. Nicht einmal über den Sitz der Krankheit sind mehr als begründete Vermutungen möglich. Unter dem Eindrucke, daß die Störung bei der Hysterie die höchsten psychischen Zentralapparate befällt, das bewußte Wollen, während alle unterbewußten, reflektorischen Handlungen prompt möglich sind, suchte man den Prozeß in der Großhirnrinde, während andere Forscher mit Rücksicht auf die allgemeine Verbreitung der Symptome das Nervensystem einschließlich des Sympathicus, eventuell den ganzen Körper erkrankt sein lassen.

Die Hysterie reagiert auf psychische Einflüsse. Sie entsteht, die einzelne Äußerung wird geweckt von dem Seelenleben her und die

weitaus größere Mehrzahl aller Forscher hat ihr darum von der geistigen Seite aus näher zu rücken versucht.

Die Franzosen mögen den Vortritt haben. Briquet nennt die Hysterie eine Maladie dynamique, Brodie etwas anderes als die organischen Affektionen; Charcot und seine Schüler erklären sie für eine psychische Erkrankung im vollsten Sinne des Wortes: alle Erscheinungen werden durch Vorstellungen vermittelt. Aus Anästhesien und Amnesien glaubte man schließen zu können, daß die Persönlichkeit gewissermaßen gespalten sei, in dem Sinne, daß einzelne, und zwar wechselnde Gebiete der Sinneserfahrung den Zusammenhang mit dem Gesamtbewußtsein verlieren oder, wie Sollier das ausdrückt, daß ein Anteil des Gehirnes schläft und daher für das hysterische Bewußtsein ausfällt. Der Vigilambulismus, in welchem die Hysterischen sich dauernd befinden, entstehe durch Addition der partiellen Schlafzustände.

Sollier, der teilweise eigenartige Ansichten verficht, hat durch den mit oder ohne Hypnose erteilten Befehl zu erwachen, Hysterische wie aus tiefem Schlafe aufkommen gesehen, ihre Gefühlsstörung war verschwunden. Wenn er normale Sensibilität suggerierte, trat auch normaler Wachzustand ein. Das kann sich nur auf einen kleinen Teil aller Patienten beziehen, obendrein auf Hysterische einer bestimmten Dressur. Man findet nicht überall Anästhesien, im Gegenteile oft Hyperästhesien, motorische Reizerscheinungen, Kontrakturen, Krämpfe. Die Bezeichnung Schlafzustand ist wohl ein schönes Bild, entspricht aber dem Negativismus selbst dämmerhafter Kranker nicht. Ebensowenig stimmt diese Theorie zu den Amnesien: die Individuen haben nicht irgendwelche Reihen von Vorstellungen vergessen, sondern ganz bestimmte; speziell wissen sie das nicht, was in Beziehung zu ihrem Leiden steht, was ihnen persönlich unangenehm ist; sie ziehen aber Konsequenzen aus dem, was sie nicht zu wissen scheinen. Hier liegt eine Gesetzmäßigkeit verborgen, ein zufälliger Schlafzustand irgendwelcher Hirnteile kann diese systemisierten Ausfälle nicht erklären. Jedenfalls wäre die Hysterie spielend zu heilen, man brauchte die Schlafenden nur zu erwecken.

Für Janet ist die Hysterie eine Geisteskrankheit, eine Form geistigen Zerfalles, dessen körperliche Symptome unwesentlich sind; er führt dies psychologisch durch. Während beim Gesunden die Gedankenassoziationen durch Kritik und Wille geregelt werden, entwickelt sich bei der Hysterie im Anschlusse an eigene oder aufgenommene fremde Vorstellungen automatisch, ohne Anteilnahme des Willens und der Persönlichkeit, das ganze System von Gesichts-, Gehörsbildern, Affekten, Handlungen, welche die Idee ausmachen. Im Vordergrund der Erscheinungen steht die Abulie, welche sich in dem Mangel an Initiative sowie in dem Unvermögen äußert, aus diesem Zustande sich zu befreien. Diese Abulie betrifft nur eine Kategorie von Akten; alle willkürlichen,

bewußten, im Augenblick geschaffenen, bei denen eine Kombination erfordert wird, fallen schwer oder sind ganz unmöglich, während die altgewohnten, früher organisierten, mehr oder weniger automatischen, die suggerierten Handlungen, die vom augenblicklichen Zustande der Persönlichkeit unabhängigen, ohne Schwierigkeit vollzogen werden können. Das Wesen der Hysterie sei demnach eine Abschwächung de la synthèse psychologique, eine Einschränkung des Bewußtseinsfeldes. Ein Teil der psychischen Vorgänge gelangt nicht dahin. Es entsteht dadurch die Neigung zur dauernden und vollständigen Spaltung, Verdopplung der Persönlichkeit, zur Bildung unabhängiger seelischer Komplexe. Außer dem wachen gibt es ein demselben unzugängliches Nebenbewußtsein; Bewußtseinszustände, die einander folgen oder nebeneinander stehen.

Diese geistvolle Deduktion folgt zur Gänze aus sinnfälliger Wahrnehmung. Man beobachtet, daß die Hysterica eine Rolle spielt, durch einen schmerzhaften Reiz veranlaßt wird, ihre frühere Persönlichkeit wieder aufzunehmen. Während eines Delirs, ja während des Dauerzustandes erweckt es oft den Eindruck, als wären zwei Personen vorhanden, eine, welche die psychischen Gesetze der Funktionsstörung aufstellt, und die kranke. Dem Wesen der Hysterie rückt man dadurch etwas näher; obendrein werden diese Erscheinungen begreiflicher, wenn sich zeigen läßt, daß eine solche Bewußtseinsspaltung angedeutet schon beim normalen Menschen vorkommt. Analoges gehört unter gewissen Bedingungen in die Breite des physiologischen Seelenlebens, die Hysterie steigert nur eine Eigentümlichkeit der Psyche. Auf die Beziehungen zwischen Hysterie und Norm soll später im Zusammenhange eingegangen werden.

Eine andere wertvolle Analogie bietet der Vorgang der Hypnose. Wiederholt wurde schon darauf hingewiesen, daß Bilder, wie die Hysterie sie bietet, bis in die kleinsten Details genau, auch durch Hypnose geschaffen werden können. Diese hat mit Schlaf nichts zu tun, denn es wird die Aufmerksamkeit auf die Vorstellung des Schlafens konzentriert, während für den wirklichen Schlaf Mangel jeder Konzentration Bedingung ist. Man muß die Hypnose auffassen als einen durch psychische Einwirkung geschaffenen Bewußtseinszustand, der sich durch Einschränkung kritischer Assoziationen und eine erhöhte Empfänglichkeit für Suggestion auszeichnet. Ein fremder Einfluß, ein bewußtes Wollen wirkt auf die Auswahl und Fälschung der Apperzeption. Der Hypnotiseur veranlaßt sein Medium z. B. gewisse Sinneswahrnehmungen, einen gewissen Bewußtseinsinhalt zu eliminieren, anderes an die Stelle zu setzen. Das Medium wie der Kranke mit dem gleichen Zustandsbilde glauben nicht zu wissen, sie müssen aber eigentlich wissen — ein unbewußtes Wissen gibt es nicht — was sie alles nicht wahrnehmen und unter welchen Umständen sie es nicht wahrnehmen; die Einschränkung des Bewußtseins kann nur scheinbar sein. Die negative Halluzination z. B. setzt doch die Wahr-

nehmung jener Person voraus, deren Abwesenheit über suggestiven Auftrag bestätigt wird; wie wäre es sonst möglich, gerade nur dieses bestimmte Netzhautbild zu unterdrücken, während im übrigen ein geschlossenes Weltbild aufgefaßt wird? Die Proben, denen man ein solches Medium unterwirft, zwingen dasselbe zu ebensoviel Denkoperationen, bei welchen das wegsuggerierte Objekt stets mit in Rechnung gezogen wird. Man versuche nur einmal aus einer Tischgesellschaft eine Persönlichkeit vollkommen zu ignorieren; ohne Differenzierung dieser Person, die ganz genau aufgefaßt sein muß von allen anderen, ohne gesteigerte Aufmerksamkeit, sowie gerade diese Person sich bemerklich macht, ohne eine besondere Reaktion auf alle Wahrnehmungen, die speziell von dieser Person ausgehen, gelingt dies gar nicht. Mutatis mutandis gilt eine ähnliche Erwägung bezüglich aller Aufträge, die man Somnambulen erteilt.

Janet selbst stellt fest, daß der hysterische Geisteszustand mit dem habitueller Hypnotiker vollkommen übereinstimme; er führt dies in überzeugender Weise durch. Babinski betont den Wechsel hypnotischer und hysterischer Symptome an einem und demselben Individuum. Auch im vorliegenden Buche wurde davon gesprochen, an der Hand von Beobachtungen auseinandergesetzt, daß das Denken, Fühlen und Handeln Hysterischer dem der Medien völlig gleicht; diese Tatsache damit begründet, daß Hysterie und Hypnotismus in der Suggestibilität eine gemeinsame Wurzel haben. Die Einschränkung des Bewußtseins und die Spaltung der Persönlichkeit ist ein Mechanismus, der vielleicht aus jedem Seelenleben durch Suggestion herausgeholt werden kann, der bei Hysterischen abnorm leicht anspricht; doch aber bewegen sich die Hypnotisierten in den Gedankenkreisen des Hypnotiseurs, die Hysterischen vorwiegend in eigenen Suggestionen. Es darf darum die Krankheit Hysterie und ihre vielgestaltigen Äußerungen nicht identifiziert werden mit dem Kunstprodukt Hypnose, welche nur einen vorübergehenden Geisteszustand darstellt. Daß jemand in der Lage ist, sich in Autosuggestionen einzuspinnen, das veranlagt ihn zur Hysterie. Parallel damit geht dann freilich eine pathologische Beeinflußbarkeit des gesamten Nervensystems durch Vorstellungen überhaupt. Alle Menschen sind suggestibel; die Hysterischen zeichnen sich vor den übrigen Menschen aus durch erhöhte Suggestibilität; dieselbe erschöpft das Wesen der Hysterie nicht, wenn sie auch deren Erscheinungsformen beeinflußt und beherrscht.

Auch die neueste offizielle und allgemein anerkannte Definition der französischen Schule setzt hier noch ein. Babinski sagt: Die Hysterie ist ein Geisteszustand (un état psychique, une affection psychique) der das befallene Subjekt fähig macht, Autosuggestionen zu unterliegen, suggeriert und geheilt zu werden unter dem ausschließlichen Einflusse der Überredung.

Deutscherseits belegt man das Verhalten der Hysterie, die gesetz-

mäßige Abhängigkeit von Suggestionen durch die Bezeichnung Psychogenie. Aber wenn auch alle Erscheinungen vom Bewußtseinsorgan beeinflußt werden, so sind sie doch nicht alle psychogen.

Möbius drückt sich folgendermaßen aus: Die Hysterie ist ein krankhafter Zustand, in welchem seelische Vorgänge teils beliebige, vom Inhalte der Vorstellungen abhängige, teils bestimmte, der Hysterie eigentümliche, bald körperliche, bald seelische Veränderungen bewirken. Der Autor greift zur Analogie, um einzelne Erscheinungen der Hysterie verständlich zu machen. Vorstellungen, Gefühle, namentlich Affekte erwecken beim normalen Menschen körperliche Vorgänge, die ihrer Form nach keineswegs dem Inhalte der auslösenden Ursache entsprechen und gelegentlich Gebiete betreffen, welche dem Einfluß des bewußten Willens entzogen sind, vom Subjekt selbst gar nicht bemerkt werden. Die hysterische Reaktionsweise ist eine Weiterbildung, eine Steigerung, andererseits gewissermaßen eine Karrikatur (Oppenheim) der Affektwirkung beim Gesunden. Auf diese Begriffsbestimmung wird noch ausführlich zurückzukommen sein; vorläufig sei einer Einschränkung gedacht, die man den Vertretern der Psychogenie entgegenhalten kann.

Nicht alle ideogen entstandenen Symptome sind hysterisch, denn auch bei der Hypochondrie und bei Simulanten werden solche ganz regelmäßig auf diesem Wege erzeugt. Ein grundlegender Unterschied soll darin gegeben sein, daß die Hysterie ohne Dazwischenkunft von Bewußtsein oder Reflexion Krankheitserscheinungen schafft. Man betrachte z. B. eine Lähmung. Die Vorstellung des Nichtkönnens ist Ursache des Ausfalles; die Vorstellung taucht auf, findet in der angeborenen hysterischen Anlage, einer gewissen Leere des Bewußtseins keinen Widerstand und setzt sich direkt und unbewußt in wirkliches Nichtkönnen um. Mit der Hypochondrie ist es eine eigene Sache, worüber noch im Kapitel Differentialdiagnose ausführlich zu reden sein wird. Erkennt man eine hypochondrische Lähmung an, so wäre auf die bewußte Vermittlung des Krankheitssymptomes das Hauptgewicht zu legen. Beim Simulanten ist es natürlich ein rein bewußter Vorgang, ein beabsichtigter, jederzeit mit voller Einsetzung der Willkür aufrechterhaltener Betrug.

So gewiß nun aber der erstgenannte, der unbewußte Entstehungsmodus bei Hysterie herrschen dürfte, so sicher gibt es auch bewußte Übertreibung und Täuschung. Man mag noch so viel von der Ehrlichkeit der Hysterischen deklamieren, die Tatsache der hysterischen Simulation wird dadurch nicht aus der Welt geschafft. Eine Zwischenform gewissermaßen bilden die gar nicht seltenen Beobachtungen, wo dem Auftreten des hysterischen Symptoms die Vorstellung seines Auftretens vorangeht. Die Kranken denken an den Anfall, man spricht davon, sie wollen ihn bekommen und sie bekommen ihn. Hier hat sich eine Bahnung so weit entwickelt, daß jederzeit der Mechanismus zum

Ablaufe gebracht werden kann; die unterbewußte Erscheinungsreihe geht aus der bewußten hervor. Eine erschöpfende Erklärung der Hysterie hat nicht nur diesen Beobachtungen, sondern auch der Tatsache der wohlüberlegten und berechnenden, hartnäckig festgehaltenen, anscheinend zwecklosen Betrügerei Rechnung zu tragen. Man wird gezwungen, eine tiefere Störung im Bewußtseinsorgan anzunehmen, an die Herrschaft krankhafter Vorstellungen, speziell des Krankheitswillens zu glauben.

Sokolowski, der diesen Krankheitswillen in den Vordergrund schiebt, leitet ihn logisch aus der Insuffizienz der Individuen ab, welche hysterisch werden. Dieselben sind irgendwelchen Schwierigkeiten nicht mehr gewachsen und flüchten sich in die Krankheit, die ihnen Rettung und Trost gewährt. Er definiert die Hysterie: Kranksein als Äquivalent des psychischen Gleichgewichtes bei subjektiv empfundener Unzulänglichkeit entarteter Individuen und unterscheidet viererlei Formen: 1. tatsächlich vorhandene Störungen, Gelegenheitssymptome werden aufgegriffen, erhalten den Stempel der Kausalität; 2. unterbewußte Akte, die bei dem mangelhaft entwickelten Korrektiv einer labilen Psyche durch Suggestion respektive Autosuggestion hervorgerufen werden, zu denen der Kranke passiv Stellung nimmt; 3. Prozesse, die dem Patienten in ihrem Wesen, in ihrer Entstehung wohl bekannt sind, zu denen er aktiv sich stellt; hierzu rechnet der Autor: Mutazismus, hysterische Krämpfe, Schlafsucht, Irresein; 4. frei erfundene und vorgetäuschte Symptome, wenn alles andere fehlt; und die Hysterischen schwindeln schamlos.

Sokolowski fährt in seiner geistreichen Analyse fort: die Krankheit wird zum Blitzableiter für die Verzweiflung über ein erlebtes oder drohendes Fiasko; die Hysterica darf sich vom Kampfe ums Dasein befreien, die eigene Insuffizienz andere entgelten lassen, sie spielt eine Rolle, welche sie befriedigt. Die ärztlichen Maßnahmen bedeuten eine Sanktionierung des Krankheitswillens, entsprechen den Intentionen des hysterischen Individuums; eine Heilung ist nur möglich, wenn man den Patienten ein Äquivalent bietet, eine neue Kurmethode, die sie begeistert aufnehmen, philanthropische Schwärmerei. Gelegentlich verliert das Kranksein von selbst seinen Reiz, dann kommt Alkohol, Morphium, der Selbstmord, Bühne, Kloster, das Bordell an die Reihe.

Was Sokolowski hier folgert, deckt sich mit der Erscheinungsweise der Hysterie in einer großen Zahl von Fällen, deren Verlauf man mit parallelen Gedankenreihen begleiten kann. Insofern ist aber nur gerechtfertigt, daß in dem vorliegenden Buche die Krankheit eine logische genannt wurde. Die Symptomatologie wird dem Verständnisse näher gebracht, nicht aber das Wesen der Hysterie getroffen; denn nicht jeder Schwächling wird hysterisch. Und wenn ein solcher über einen Anlaß erkrankt, der Beobachter glaubt, es wäre jetzt Grund vorhanden, hysterisch

zu sein; wenn man tatsächlich den Eindruck empfängt, die Patientin sei jetzt ihrer Internierung überdrüssig, wolle es wieder mit der Freiheit versuchen: so sind schließlich das alles Argumentationen eines gesunden Bewußtseins, welche nur in die Kranke hineingedacht werden. Die Gesunden handeln nicht so und können nicht so handeln, insofern ihnen die hysterische Veranlagung fehlt, die derartigen Alternativen zugänglich ist. Man darf ohne weiteres zugestehen, daß das Milieu, die moderne Humanität die Neuropsychose ebenso züchtet, wie die Liberalität im Bemessen der Unfallsentschädigung, namentlich nach Eisenbahnkatastrophen, die traumatischen Hysterien emporschießen läßt und verschlimmert. Aber Hysterie hat es schon früher gegeben und wird es immer geben, selbst wenn andere Grundsätze und Anschauungen geltend werden sollten.

Die meisten Menschen kommen einmal in eine Situation, der sie nicht gewachsen sind; sie müssen also, wie auch Sokolowski selbst einräumt, entartet sein, um zu dem Rettungsanker der Hysterie zu greifen; weiters sind ohne die angeborene Anlage, gewisse Mechanismen (2 und 3) nicht zu produzieren. Mit dieser angeborenen hysterischen Anlage wird die Hervorkehrung der Simulation bedeutend entwertet; denn so gewiß es ist, daß viele Hysterische ein bestimmtes, materiell zu fassendes Interesse haben, gerade jetzt krank zu erscheinen, sich darüber zu freuen, daß sie vom Ringen um die Existenz befreit sind, weil sie ja als Patienten nichts leisten können: so sicher ist es auch, daß dieses Motiv anderemale fehlt. Wenn eine Person nach einem schweren Affekt in tobsüchtiger Erregung zum erstenmale an den Ort aller Schrecken, die Irrenanstalt gebracht und dort durch längere Zeit in der Tobabteilung gehalten werden muß, wo ihr das primitivste, was zum Leben notwendig ist, abgeht, so kann man von Krankseinwollen aus materiellem Vorteil nicht sprechen; da handelt es sich um die abnorme Reaktion einer abnormen Persönlichkeit auf ein stattgefundenes Trauma. Die vielen Hysterischen, welche auf Scheiterhaufen endeten, haben auch an ihre Zustände geglaubt. Daß manche dieser Patienten späterhin lernen, aus ihrem Leiden Kapital zu schlagen, ist eine Folge ihrer erhaltenen Besonnenheit. Was die kindliche Hysterie betrifft, so dürfte wohl immer ein aktiver Antrieb die Erkrankung verständlicher machen. Kinder wollen ja nicht der Sorge ums Dasein enthoben werden, sondern sich für eine erlittene Züchtigung rächen, dem Lehrer etwas antun, oder auch sie werden bei entsprechender Veranlagung durch einen Affekteindruck überwältigt.

In allen diesen Fällen wäre klarzulegen, wie äußere Einwirkungen, Wahrnehmungen, Gemütsbewegungen zur Krankheit führen, wie auf deren Boden die Krankheitsvorstellungen entstehen und wie dieselben in Symptome sich umsetzen. Einer herrschenden Strömung in der psychologischen Forschung folgend, hat man sich durch lange Zeit besonders eingehend mit dem Vorstellungsleben der Hysterischen beschäftigt, der

Wichtigkeit des emotiven Momentes vielleicht nicht gebührend Rechnung getragen. Die neueren Untersucher beeilen sich, dieses Versäumnis gutzumachen; man spricht immer mehr von der Rolle der Affekte in der Hysterie. Leider sind gerade nur die intellektuellen Anteile der komplizierten Bewußtseinsvorgänge einer genaueren Erforschung zugänglich.

Vogt hat durch Analyse zahlreicher hysterischer Symptome stets eine psychische Ätiologie, bei einer Gruppe derselben immer eine Gefühlswirkung gefunden. Er folgert daraus, daß das intellektuelle Substrat des pathogenen Gefühles, daß dieses Gefühl selbst oder dessen sekundäre Innervationsveränderungen den Inhalt des hysterischen Phänomens bilden. Sein Auftreten ist damit natürlich nicht erklärt, auch Vogt muß als Grundlage der Hysterie eine pathologische Gemütserregbarkeit annehmen. Diese scheint allein vorhanden in Fällen, wo es nicht einmal realer Erlebnisse bedarf, wo die pathogenen Gefühlstöne nur an Produkte der Phantasie anknüpfen, wo also offenkundig eine krankhafte Persönlichkeit aus sich heraus alles schafft.

Ranschburg und Hajos suchen deren Wesen in einer eingeschränkten Assoziationsfähigkeit als Degenerationserscheinung.

Ziehen spricht von der großen Rolle der Assoziationsstörungen; er dringt viel tiefer ein und betont, daß diese Störungen besonders dann auftreten, wenn die Aufmerksamkeit der Kranken hingelenkt wird. Der primäre Ausfall einzelner Empfindungen und Vorstellungen als funktionell sei den Hemmungs- und Ermüdungserscheinungen verwandt; die Reizerscheinungen der Hysterie wären auf eine primäre Intensitätssteigerung zu beziehen.

Bei dieser Feststellung des Tatbestandes geht man von bewußten Vorgängen aus und führt die psychologische Analyse nach den Regeln der Kunst weiter. Wie jede Art Untersuchung stößt auch diese bei den Hysterischen auf ganz besondere Schwierigkeiten, die in der Natur des Krankheitsprozesses liegen. Wenn die Patienten etwas preisgeben, muß es nicht wahr sein, bei wiederholtem Examen bekommt man immer andere Antworten, immer andere Motive, schließlich erzählen sie, was dem Arzte paßt. Und erfährt man nichts Inhaltliches während oder im Rückblicke auf eine abgelaufene Zeit psychischer Störung, dann weiß man erst nichts über Innenvorgänge. Ausdrücklich sei betont, das übergroße Skepsis nur den Selbstbekenntnissen gegenüber am Platze ist. Man trifft eine bedeutende Zahl von Hysterischen, deren Gedächtnis für Äußerlichkeiten vollkommen treu ist, die sich mit überraschender Genauigkeit ausdrücken, die aber dennoch ihr Inneres verhüllen, weil bei Berührung höchstpersönlicher Interessen Unlustaffekte zu überwinden sind. Begreiflich, auch ein Gesunder entschließt sich nicht leicht, sein „Ich“ ganz offen dem Fremden entgegenzutragen. Vielleicht sprechen die Kranken einmal ganz rückhaltlos und wahr; dann geht

es den Ärzten wie den Partnern eines berühmten Diplomaten, der seine glänzendsten Coups dadurch ermöglichte, daß er sie vorher getreulich ankündigte.

In der Regel muß man aus einem Gewebe von Unaufrichtigkeiten Gesetze herauszufinden suchen, dabei der Versuchung unterliegen, für die fehlenden Zwischenglieder im fremden Bewußtsein Denkvorgänge hineinzuinterpretieren, die man gegebenenfalls selbst entwickelt hätte; es werden Voraussetzungen, subjektive Anschauungen, Gesetze in den Hystericus hineingetragen, hineinexaminiert, indem die außerordentlich suggestiblen Patienten mit ihrem Arzte sich identifizieren. Die scharfsinnigsten experimentalpsychologischen Arbeiten an Hysterischen enthüllen zu allermeist nur Suggestionsphänomene und gestatten keinen Schluß auf das Wesen des Krankheitsprozesses. Darum hat Nissl erst vor kurzem eine Philippika gegen die psychologische Forschung losgelassen. Trotz alledem wird es gerade bei der Hysterie nicht angehen, auf jene zu verzichten. Der Beobachter reflektiert über den eigenen Seelenzustand, macht die stillschweigende Voraussetzung, daß der psychische Mechanismus des Objektes identisch funktioniert: ganz richtig. Warum ist man aber davon abgekommen, z. B. die Paranoia psychologisch zu verstehen? Weil man sieht, daß das Denken der Paranoiker mit dem normalen Denken nicht parallel geht, daß man selbst bei Kenntnis aller Prämissen und Zwischenglieder zu anderen Ergebnissen gelangt; an Stelle der Logik spricht hier eine Paralogik. Die Klinik der hysterischen Geisteskrankheiten lehrt hingegen, daß die Denkgesetze die gleichen sind wie bei gesunden Menschen, daß letztere unter Annahme bestimmter und näher zu begründender Voraussetzungen dieselben Schlüsse ziehen wie die Hysterischen, in das verwickelte Getriebe Einblick nehmen und die höchste Probe auf die Richtigkeit anstellen können in der Voraussage und in der Therapie. Hat man einem kriminellen Stupor klar gemacht, daß der Zustand nur eine Verlängerung seiner Haft herbeiführt, dann wird er gesund.

Bezüglich der Prämissen, die man seinen psychologischen Betrachtungen zugrunde legt, ist man nicht ausschließlich aufs Raten, d. h. auf seine Kombinationsgabe angewiesen. Einmal steht das Verhalten Hysterischer dem kindlichen sehr nahe und Kinder lassen sich unter Umständen leichter studieren. Weiters ist nicht zu bezweifeln, daß viele Menschen eine Anlage zu Hysterie mit sich herumtragen, der hysterischen Denk- und Reaktionsweise sich nähern. Der Vergleich zahlreicher Selbstbekenntnisse von psychologisch geschulten Übergangsfällen, deutlich hysterisch Veranlagter und Hysterien im Intervall gibt ein gewisses Recht zu Analogieschlüssen. Man weiß ferner, daß die Unwahrheit besonders dann sich vordrängt, wenn man examiniert; bei Ablenkung im alltäglichen Verkehr lassen die Patienten sich viel aufrichtiger an; die wertvollsten Aufschlüsse erhält man darum aus dem persönlichen Um-

gange mit intelligenten Hysterischen, aus zufälligen, unabsichtlichen Bemerkungen. Übrigens wurden schon in den Krankengeschichten wiederholt solch indirekte Beobachtungen herangezogen. Es wird kaum möglich sein, das Wesen der Hysterie psychologisch zu erklären, unanfechtbar hingegen ist es, wenn man aufzeigt, wie ihre Äußerungen auf Suggestibilität und Dissoziation beruhen. Man gewinnt damit, wie in der Diskussion nach Nissl schon Gaupp hervorgehoben hat, einen Fingerzeig mehr für das genetische der Störung als für das Verständnis; die psychologische Analyse ist unerläßlich für die Beseitigung der Krankheitserscheinungen. Psychogene Störungen müssen psychologisch aufgefaßt und behandelt werden; dadurch unterscheidet sich die Hysterie von anderen psychopathologischen Prozessen.

Wenn man sieht, daß der Patient stumm, lebensüberdrüssig ist zur Zeit der Visite, sich dann ganz prächtig mit seinen Schicksalsgenossen unterhält; wenn eine Frau, schwer leidend, ihren Mann zur Abreise auf den Bahnhof nicht begleiten kann, von rechts und links gestützt werden muß, da ihre Beine sie nicht tragen, wenn diese Frau aber, sowie der Train die Halle verläßt, auf ein Bicycle sich schwingt und 40 *km* in einem Zuge durchradelt; wenn ein Scheintoter durch Einwirkung des faradischen Pinsels unvermittelt zum Leben wieder erwacht: so ist an der Herrschaft von Vorstellungen nicht zu zweifeln. Jeder hysterische Symptomenkomplex hat sein veranlassendes Moment, dessen Beschaffenheit in hohem Grade die Ausgestaltung der Psychose beeinflußt. Wenn die Hysterica simuliert, ist natürlich die vorgetäuschte Störung keine Krankheit, wohl aber muß man es der Patientin als Krankheit anrechnen, daß sie betrügt.

Wie kommt es nun zu dieser Herrschaft krankhafter Vorstellungen? Das psychologische Studium, vertieft durch Heranziehung von Analogien am Gesunden, gelangt nur bis zu einem gewissen Punkte, bricht dann ab. Die weitere Analyse versagt, man kann sie ausdenken, aber beim Patienten nicht weiter verfolgen. So gesteht Laurent: Alle hysterischen Symptome sind Wirkungen, die, vom Bewußten ausgehend, sich im Unbewußten vollziehen, wo die Möglichkeit fehlt, der Entwicklung nachzugehen.

Man tritt damit in das Reich des Unbewußten. Eine Anzahl Autoren läßt sich dadurch nicht abschrecken; es wird als Größe x in die Betrachtung einbezogen, man rechnet mit der Annahme unbewußter Vorgänge. So will Jelgersma in der Pathogenese der Hysterie eine große Rolle den „fixen Ideen" zuweisen. Dieselben entstammen einem tatsächlichen Vorkommnis, welches auf die Hysterica einen großen Eindruck gemacht hat; mehr weniger unbewußt, ohne darum den Einfluß auf das bewußte Geistesleben zu verlieren, werden sie hartnäckig festgehalten und geben Anlaß zu hysterischen Symptomen.

Zunächst ist wohl notwendig, sich darüber auseinanderzusetzen, was man unterbewußte respektive unbewußte Vorstellungen nennt. In der kurzen Ausdrucksweise scheint das eine Contradictio in adjecto; von berufener Seite wird auch versichert, ihre Existenz sei etwas durchaus Unbewiesenes. Sicher hingegen ist, daß in unserem Bewußtseinsorgan Erinnerungsbilder von Vorstellungen, Gefühlstönen und Willensakten schlummern, die geweckt, in das Spiel der bewußten Associationen gezogen werden können, wenn sie auch augenblicks nicht in der Helle des Bewußtseins liegen. Es ist, wie wenn die Sonne unserer Aufmerksamkeit jeweils nur eine kleine Gruppe psychischer Elemente hell beleuchtete, die dann gleich wieder in das Dunkel des Unbewußten getaucht erscheinen; wie ein elektrischer Scheinwerfer nachts auf hoher See nur einzelne Wellenkämme erglänzen läßt: ein Bild, das man sich keinesfalls räumlich, sinnlich vorstellen darf, das aber noch einen Weiterbau gestattet. Zielbewußt sucht der Lichtkegel die Meeresoberfläche ab, wir wecken planmäßig eine Erinnerungsreihe, aber auch die benachbarten Wellen heben sich ins Licht — Association per contiguitatem; — endlich taucht hier und dort ein lebendes Wesen auf, einem Eigenwillen gehorchend — freisteigende, obsedierende Vorstellungen, die selbst das Dunkel des Unbewußten verlassen.

Es will mir scheinen, als ob es viererlei Stufen halb- respektive unbewußter Erinnerungen gäbe. Zu allertiefst schlummern solche der frühesten Kindheit. Das Verhalten des Säuglings läßt keinen Zweifel, daß elementare psychische Vorgänge schon während der ersten Lebensmonate im Gedächtnis haften. Die ständige Umgebung, speziell Mutter und Amme, werden erkannt, freudig begrüßt, nach einigen Monaten deutlich unterschieden. Affektvolle Szenen spielen sich ab beim Absetzen des Kindes von der Brust; die Amme darf sich durch einige Tage nicht zeigen. Und doch werden diese Erinnerungsbilder später unzugänglich für immer. Absolut vergißt man auch die meisten Erlebnisse aus den ersten Kinderjahren; nur ganz vereinzelt und unvermittelt ragen Inseln aus dem Meere der Vergessenheit auf, einzelne Szenen oft ganz gleichgültiger Natur, die spontan erinnert werden, während dazwischen liegende Ereignisse, die das Kind lebhaft beschäftigt hatten, auch über Vorhalt nicht mehr zu erwecken sind. Nun kommt eine zweite Gruppe von Reminiszenzen, Dinge betreffend, die „längst nicht mehr wahr sind"; sie können nur mit großer Mühe, mit fremder Hilfe zum Leben gebracht, anerkannt werden, oft nur dadurch, daß man eine ganze Erinnerungsreihe von dem zugänglichen Ende aus nach rückwärts aufrollt. Im tiefen Schlaf, in der Hypnose und bei Hysterischen tauchen gerade solche jahrelang vergessene Geschehnisse plastisch gelegentlich auf. Nur graduell davon verschieden sind Erinnerungsbilder, zu denen keine ausgeschliffenen Bahnen führen. Ein einfaches Beispiel: man weiß einen Eigennamen,

hat eine klare Vorstellung vom Anlaute, von der Silbenzahl, man sucht ihn augenblicks vergebens; nach einigen Stunden liegt er spontan auf der Zunge. Endlich verfügen wir über die allezeit bereiten Bausteine unseres Wissens und Könnens, die wir alltäglich verwenden. In den drei letzten Fällen sind Erinnerungsspuren im Zentralnervensystem vorauszusetzen. Aus der normalen Psychologie ist bekannt, daß diese Erinnerungsspuren gewissen Veränderungen unterliegen; sie blassen ab, mischen sich mit ähnlichen, von denen sie nicht mehr präzise unterschieden werden können. Vielleicht formt auch ein assoziatives Spiel sie um, was nur so wenig Bewußtsein erfordert, wie etwa im Traume verfügbar ist. Endlich ändern sich unsere Reminiszenzen je nach der Affektlage, in welcher sie reproduziert werden; sie gewinnen oder verlieren durch den Kontrast mit der Gegenwart.

Mit diesen Erinnerungsspuren, die sich bis zur Höhe klarer Vorstellungen, Gefühls- und Handlungsbilder erheben, die aber augenblicklich latent, in der Tiefe schlummern, ist das unbewußte geistige Leben nicht erschöpft. Es gibt psychische Elemente, die überhaupt nie, auch bei ihrem ersten Auftreten nicht, klar zum Bewußtsein kommen. So empfängt man wegen ungenügender Apperzeptionszeit z. B. beim Durcheilen einer Landschaft vom Schnellzuge aus einzelne Eindrücke, die undifferenziert bleiben, trotzdem sie die Aufmerksamkeit auf sich zogen, begleitende Gefühlstöne und nachfolgende Gedankenreihen auslösten. Diese halbbewußten Wahrnehmungen können erinnert und später bei Wiederholung des Sinneseindruckes unter günstigeren äußeren Umständen zu den entsprechenden Objekten in Beziehung gebracht werden. Übrigens apperzipieren wir alle Tage zahllose äußere Reize nicht, während wir die Aufmerksamkeit willkürlich konzentrieren; es bleiben doch Erinnerungsspuren jener Reize zurück, wie man gelegentlich feststellt. Am reichhaltigsten wird die Beute an Vergleichsobjekten in der dunkeln Gefühlswelt; unklare Gefühle und Stimmungen tauchen auf, werden durch andere abgelöst; bevor noch irgendein Urteil, eine Schlußkette fertig ist, fühlt man den Weg, nach welchem hin geforscht werden muß; uns selbst zum Rätsel unterliegen wir irgendeiner Voreingenommenheit, fühlen eine Sympathie, die wir nicht begründen können, gegen unsere bessere Überzeugung. Wenn man unter dem Unbewußten nichts anderes versteht als psychische Zustände und Veränderungen analoger Art, so muß dieser Begriff aufrecht erhalten werden. Die Hysterischen haben ein unbewußtes Vorstellungsleben wie wir alle und entnehmen demselben Krankheitsmotive, vorwiegend solche psychischer Art, Erinnerungshalluzinationen oder dergleichen.

Jedenfalls hört aber hier die psychologische Analyse auf, denn im Momente, wo man sich mit dem Unbewußten beschäftigen will, treten bewußte Vorgänge an seine Stelle und es ist sehr die Frage, ob man

die zwei Dinge identifizieren darf. Das gilt schon für die Selbstbeobachtung psychologisch Geschulter. Bei Hysterischen erstehen, wiederum aus der Natur des Krankheitsprozesses unüberwindliche Schwierigkeiten, selbst wenn es sich um intelligente und ausdrucksfähige Patienten handelt. Man wird durch die Widersprüche der Erfahrung zur Annahme gezwungen, daß die Hysterischen zwischen bewußt und unbewußt nicht unterscheiden; es ist nicht möglich, all das für unbewußte Vorgänge zu erklären, was die Kranken als solche bezeichnen, wofür sie Nichtwissen vorgeben; gewiß täuschen sie manche Erinnerungslücken vor, sie wollen sich gewissermaßen nicht erinnern und es ist bedenklich, die Hemmungen zu überwinden, eine Antwort zu erpressen, denn dann spielt die Phantasie.

Unter den psychologisierenden Theorien nimmt wohl die von Breuer und Freud den ersten Rang ein. Die Gedanken, welche diese beiden Autoren über den Mechanismus hysterischer Phänomene entwickelten, die Entdeckungen über den Zusammenhang von Ätiologie und Symptomatologie bei dieser Erkrankung haben sich für die Forschung als grundlegend erwiesen; sie sind mit kleinen Einschränkungen bereits Allgemeingut der Wissenschaft. Von einem ausführlichen Referate darf hier umso eher abgesehen werden, als erst jüngst Binswanger seine Stellungnahme kritisch präzisiert hat. Nur einige Nachklänge seien gestattet, die sich namentlich gegen den weiteren Ausbau und die Verallgemeinerung der Theorie wenden.

Freud versichert, daß auf das affizierende Ereignis nicht entsprechend reagiert wurde, wenn dasselbe hysterische Retentionsphänomene auslöse. Nun ist die Art, in welcher abreagiert wird, eine ganz individuelle. Bei vielen Menschen, wohl der Mehrzahl aller gesunden Männer, genügt die normale Kritik der Assoziation, die Usur durch die Zeit; bei anderen, etwas nervös veranlagten ein Spaziergang, ein paar Zigaretten, etwas Klavierspiel, wenn es arg ist, ein paar motorische Entladungen; weibliche Naturen lieben die Aussprache. Es wäre ein besonderes Gewicht darauf zu legen, daß diese in allen normalen Fällen möglich, daß sexuelle Themen von derselben durchaus nicht ausgeschlossen sind. Das gesunde Kind hat nur ein sehr mangelhaftes Schamgefühl; es mag sogar zweifelhaft erscheinen, ob dasselbe nicht ausschließlich Erziehungsprodukt ist. Aber auch später gegen die Zeit der sexuellen Reife hin, wo die Neugier eine außerordentlich rege und die Hemmungen des Schamgefühls auch bei Mädchen noch nicht auf der Höhe sind, werden Beobachtungen gemacht und Erfahrungen ausgetauscht. Schließlich gestattet die Sitte nur mehr eine Aussprache unter vier Augen, gegenüber einer vertrauten Freundin, einem Hausarzte, dem Beichtvater. Von alten Ärzten (Gutteeit etc.) weiß man, daß es überhaupt keine Geheimnisse gibt; die Beichtväter sind verschlossen, doch erfährt man von vertrauenswürdigen Frauen, was alles im Beichtstuhle

berührt wird. Wenn ein junges Mädchen ohne Möglichkeit einer Reaktion durch einen Eindruck, der früher oder später kommen mußte, so chokiert wird, daß der ganze psychische Organismus in Unordnung gerät, dann muß eine abnorme Veranlagung vorliegen; es sind die innerlichen Naturen, die an der Grenze des hysterischen Charakters stehen. Überdies wurde ja schon im vorigen Kapitel der Beweis angetreten, daß es außer dem sexuellen Trauma noch andere Entstehungsbedingungen der Hysterie gebe; und hier ist das Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion noch auffälliger. Wenn eine nicht übersensible, also krankhafte Persönlichkeit eine Mißhandlung erfährt, so wird sie sich irgendwie dagegen zur Wehre setzen; sie braucht keine hysterischen Anfälle zu bekommen, um dann erst in der Hypnose und stundenlangen Sitzungen von jener Erinnerung sich loszusprechen. Indem ein unerträglicher Affekt für ein Individuum unverträglich wird, charakterisiert das seine Veranlagung. Und daß es hysterisch erkrankt, ist weniger in einer gewaltsamen Unterdrückung des Affektes, als vielmehr die Einklemmung des Affektes darin begründet daß es hysterisch ist.

Übrigens erfordert es ja eine pathologische Grundlage, wenn der Betrag des nicht abreagierten Affektes in eine andere Erregungsform, das hysterische Symptom konvertiert werden soll. Und was sind das für ungeheuere Affekte, die unverträglich in Ewigkeit fortwirken? Man sehe einmal die Krankengeschichten der Unheilbaren durch; oder die genauesten psychologischen Analysen der Literatur. Eine Verlobung geht zurück — darüber muß sich manches junge Mädchen trösten; einer Dienstmagd wird gekündigt — geschieht alle Tage; ein Streit, eine Auseinandersetzung, schließlich ein Wort reichen dazu aus, eine Hysterie zu provozieren. Am Schlusse des IV. Kapitel stehen einige belehrende Beispiele dafür, wie sehr die Persönlichkeit das Trauma überwiegt. Es wird von Breuer und Freud auch angenommen, daß unter dem Einflusse einer angeborenen Disposition, durch schwächende Einflüsse ein hoher Grad intrazerebraler Erregung, abnorme Erregbarkeit und eine abnorme Schwäche des Widerstandes in den Leitungsbahnen bestehe. Dann sitzt hier das Wesen der Hysterie; das auslösende Trauma gibt einem hysterischen Denkmechanismus nur Gelegenheit, in Form der Hysterie zu antworten.

Im Gegensatz zu den Franzosen, welche aus der supponierten Einschränkung des Bewußtseinsfeldes eine Verdopplung der Persönlichkeit sich entwickeln lassen, glauben Breuer und Freud wie auch Möbius an eine primäre Verdopplung des „Ich“. Ein Teil des Intelligenzvorrates wird für das unbewußte Leben aufgebraucht, somit erübrigt nicht so viel für das Wachleben und die Aufmerksamkeit. Unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, daß sie nur bildlich zu verstehen ist, kommt die Theorie der deutschen Autoren dem Wesen der Hysterie möglichst nahe. Man darf hier von zwei Persönlichkeiten sprechen, insofern das „Ich“

Anteile des Bewußtseins gewissermaßen ausschließt, indem Innenvorgänge, die nicht laut werden, einer äußeren Persönlichkeit gegenüberstehen.

Nach Analogien aus dem normalen Seelenleben braucht man nicht lange zu suchen; eine gewisse Spaltung ist in jedem Individuum vorgebildet. Von dem inneren Menschen erfährt die Außenwelt eigentlich wenig; das ist eine Person nur für uns. Wir empfinden das Spiel der Motive und Gegenmotive als das des guten und des bösen Engels. Das tiefinnere Ich der egoistischen Triebe wird durch die anerzogenen, überlegten altruistischen Hemmungen unterdrückt; trotzdem besteht es fort und findet Gelegenheit sich zu entwickeln und auszuleben, wenn die äußeren Hemmungen wegfallen. Die Erziehung spielt da eine eigene Rolle; sie bemüht sich, aus der urwüchsigen Individualität eine andere, eine Durchschnittspersönlichkeit zu machen mit all den intellektuellen und moralischen Überzeugungen der eben herrschenden Mode. Es wird kaum Naturen geben, die passiv genug sind, sich von dieser staatsbürgerlichen Persönlichkeit ersetzen zu lassen; im übrigen kommt es nur zu einer Zurückdrängung des ursprünglichen Ich, das im Hintergrunde schlummert, sich aber oft genug meldet.

In besonders raffinierter Weise, mit von vornherein ungünstigen Chancen, wird eine solche zweite Persönlichkeit in der Mädchenerziehung sozial höherstehender Kreise geschaffen, insofern hier der Kampf gegen das Triebleben dadurch geführt wird, daß man dasselbe vollkommen negiert. Vorgänge, welche auf den Sexualtrieb Bezug haben, werden im weiblichen Bewußtsein von Natur aus lebhaft gefühlsbetont, wecken Lustaffekte; man stellt sie aber als sündhaft, moralisch schlecht, unterdrückenswert hin und versucht so Puppen zu drechseln, welche gegen ihre gesunden Instinkte nach den Normen des jeweiligen Sittengesetzes, der jeweiligen Konvention empfinden und handeln. So möchte manche junge Dame den Blick eines Mannes erwidern, statt dessen schlägt sie vorschriftsmäßig die Augen nieder; sie muß gegenüber Freiheiten und Zumutungen die Entrüstete spielen, prüde sein, wo sie so gern gefällig wäre. Ja sie muß eine aufrichtige Herzensregung, eine stürmische Leidenschaft mit dem Aufgebot aller Kräfte zu verbergen trachten, sich im Gegenteil schroff und abweisend benehmen, in innerer Aufregung verzehren, mit schlaflosen Nächten und körperlicher Erschöpfung diesen Kampf der anerzogenen Persönlichkeit gegen die Geltendmachung des Ich und seines Naturrechtes bezahlen. Damit soll nicht gesagt sein, daß kein tiefer Sinn in dem Erziehungsprinzip liegt; die sexuelle Zurückhaltung ist für unsere Gesellschaftsordnung von Bedeutung, steigert Anreiz und Wert des Weibes im Liebeskampfe, weshalb raffinierte Koketten in kühler Überlegung sich gleichfalls die Rolle der Tugend auferlegen. Bei passiv veranlagten Naturen begegnet dieselbe auch weiter keinen Schwierigkeiten, temperamentvolle, sinnliche Weiber kann man durch Erziehung aber nicht asexuell machen;

da wird die zweite, man möchte sagen offizielle Persönlichkeit nur neben das wahre Ich hingepfropft. In den letzten Jahren häufen sich Herzensergießungen moderner Frauen und Mädchen, welche auf den Büchermarkt geworfen, schwarz auf weiß dartun, daß gerade der mächtige Sexualtrieb das Doppel-Ich vieler weiblicher Wesen in einen unheilvollen Zwiespalt bringt.

Noch andere Schranken zieht unsere soziale Ordnung; auch Männer haben ihre inneren Konflikte und führen ihr Doppelleben. Schließlich ist jeder Mensch ein anderer zwischen seinen vier Wänden, ein anderer in Gesellschaft, ohne sich regelmäßig dieses Unterschiedes bewußt zu sein; dies erfordert eine genaue und wahrhafte Selbstbeobachtung. Man kann aber diesen Wechsel, der sich in Haltung und Physiognomie auch äußerlich so schön ausdrückt, beim Auseinandergehen größerer Gesellschaften in allen Variationen bestätigt finden. Ähnlich hat die Hysterie ihr einheitliches Seelenleben, sowie sie allein ist mit ihrem „Ich". Unter dem Einflusse äußerer Einwirkungen spaltet sich dann das „Ich" von der Persönlichkeit, welche nach außen entwickelt wird.

Es gibt noch vielerlei Beispiele der Bildung unabhängiger seelischer Komplexe schon im Bereiche der Norm. Die Hysterie besitzt darin eine besondere Fertigkeit, wiederum eine nur quantitative Steigerung eines in allen Menschen schlummernden Vermögens. Diese Komplexe entstehen hier nach logischen Gesetzen, sie werden unter der Herrschaft von Vorstellungen gesetzmäßig festgehalten, denn die Patienten sind aus dem zweiten Zustande nicht leicht zu erwecken, sie bleiben Widerspruch gegenüber fest, und man muß, wie schon wiederholt, das Wort Autosuggestion zu Hilfe nehmen. Tatsächlich erblickt man auch die vollkommenste Analogie dieser hysterischen Geistesstörungen in Kunstprodukten der Hypnose, wenn der gebietende fremde Wille dem Medium eine andere Person aufzwingt. Was hier der Hypnotiseur, das veranlaßt bei der Hysterie das kranke eigene Ich; eine herrschende Vorstellungsreihe drängt das zweite Seelenwesen an die Oberfläche.

Strittig kann die Frage sein, inwieweit die Hysterica der fremden Persönlichkeit sich bewußt ist, ob sie ihre Rolle gibt, wie eine Schauspielerin, ob sie sich in die Rolle hineinlebt, an die sie glaubt, oder ob sie gar sich selber spielt, während das Ich unterdeß im Unbewußten, wie man dann sagen müßte, schlummert. Es kommen wohl alle drei Möglichkeiten vor, und jedenfalls muß eine lebhafte assoziative Tätigkeit angenommen werden, welche viel psychischen Energievorrates für sich verbraucht, die scheinbare Einschränkung des Bewußtseinsinhaltes verständlich macht. Die Verdopplung der Persönlichkeit wurde oben ein bildlicher Ausdruck genannt; tatsächlich existiert nur ein Ich, welches das zweite aus sich heraus erschafft und bei konsequenter Durchführung kontrolliert. Nur selten ist dieses ein ganz fremdes; dann resultieren Fälle, die in Kapitel III

als Raritäten Erwähnung fanden; für gewöhnlich produzieren die Hysterischen sich selbst, die zwei Personen erscheinen nebeneinander oder sogar aufeinander gepfropft, nur als eine Steigerung der normalen zwei Seelen in einer Brust.

Bis nun ist wohl schon klar, daß man mit der Psychologie allein hysterische Erscheinungen, so weit sie direkt aus Bewußtem hervorgehen, verständlich machen, daß man das Auftreten der Hysterie, ihre Symptomenentfaltung, ihr Verschwinden in gesetzmäßiger Weise definieren kann. Damit steht man aber sofort vor einer weiteren Frage: Die Hysterica denkt analog und doch anders wie der Gesunde; welche Veränderungen in der Organisation können die abnorme Reaktionsweise des Individuums erklären? Die umfassenderen Begriffsbestimmungen ziehen die Physiologie heran und gehen gleichzeitig auf die körperlichen Grundlagen der Erkrankung ein.

So ist es eine psychophysiologische Erklärung, wenn Schüle das Wesen der Hysterie darauf zurückführt, daß die Reflextätigkeit die zerebralen Hemmungsfunktionen überwiegt, die Konvulsibilität erhöht, der zerebrale Leitungswiderstand abnorm vermindert ist. Allerdings sind auch das nur Schlußfolgerungen aus der Symptomatologie des hysterischen Charakters.

Oppenheim nennt sie eine reizbare Schwäche, abnorme Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit ihr Wesen. Diese Erklärung trifft aber auch für die Neurasthenie zu, wo jene Kardinalstörungen der Nervenfunktion unmittelbar vor Augen treten. Für alle die merkwürdigen Reiz- und Ausfallserscheinungen, die ihre Gesetze haben, werden bei der Hysterie wohl noch nähere Bestimmungen gefordert.

Sommer definiert dieselbe als Psychoneurose, welche funktionelle Reiz- und Lähmungserscheinungen in sensiblen und motorischen Gebieten aufweist und sich dabei in psychischer Richtung durch abnorm starke Beeinflußbarkeit sowie die Wirkungen, welche Vorstellungen beziehungsweise zerebrale Reize auf objektive Vorgänge des gesamten Körpers ausüben, auszeichnet — eine treffende Charakteristik des hysterischen Wesens.

Féré nimmt die Hysterie als chronische Ermüdung. In der Pathogenese spielen physikalische Momente die Hauptrolle. Die Idee, die Einbildung, könne doch nur durch Emotion, also etwas Physikalisches, Leibliches wirken. Alles gehe auf die Erschöpfung der Gehirnganglien hinaus, und die so verschiedene Lokalisation lasse sich öfters durch Anomalien oder Entwicklungsstörungen, kongenitale Defekte erklären. Ebenso wirke eine vernünftige Therapie nur durch Beseitigung der Erschöpfungszustände der Hirnzellen.

Am allgemeinsten drückt Tesdorpf sich aus, der das Wesen der Krankheit in Dissoziationsvorgängen sucht: einerseits quantitative

Störungen der zum normalen Ablaufe der körperlichen und psychischen Funktionen notwendigen nervösen Assoziationen zwischen den verschiedenen Organen und Systemen, andererseits eine qualitative Assoziationsstörung, nämlich Etablierung einer Selbständigkeit der verschiedenen Organe und Systeme in bezug auf ihre nervöse Beeinflussung des gesamten Körpers und der einzelnen Körperteile.

Ähnlich sagt neuestens Binswanger: Alle hysterischen Krankheitserscheinungen stehen in unlösbaren Beziehungen zu Hirnrindenfunktionen. Die hysterische Veränderung besteht darin, daß die gesetzmäßigen Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und der materiellen Reihe gestört sind, und zwar in doppelter Richtung: auf der einen Seite fallen für bestimmte Reihen materieller Rindenerregungen die psychischen Parallelprozesse aus oder werden nur unvollständig durch jene geweckt; auf der anderen Seite entspricht einer materiellen Rindenerregung ein Übermaß psychischer Leistung, das die verschiedenartigste Rückwirkung auf die gesamten Innervationsvorgänge, die in der Rinde entstehen oder von ihr beherrscht werden, hervorruft.

Ausdrücklich sei bemerkt, daß jene Autoren, welche die körperlichen Grundlagen der Hysterie erforschen und jene, welche sie von der psychischen Seite her angehen, nur in Auffassung und Methode sich unterscheiden. Da für die unmittelbar als seelisch imponierenden Störungen physiologische Parallelvorgänge vorauszusetzen sind, müßte man die Hysterie ebenso gut physiologisch als psychologisch erklären können, wenn nur die Untersuchungsgelegenheiten beider Gebiete ausgebildet genug wären. Im vorliegenden Buche wird die Hysterie als eine psychogene Erkrankung betrachtet, ein psychisches Symptom, die Suggestibilität in den Vordergrund gestellt. Ein äußerer Eindruck, eine Vorstellung, ein Affekt wirken krankheitsauslösend — es ist sehr leicht die Brücke zur Physiologie zu finden — beeinflussen den Zustand des zentralen Nervensystems für längere Dauer. Der durch einen Shock eingeleitete psycho-physiologische Prozeß gewinnt auf Grund der vorhandenen, zum Teile erst geschaffenen interassoziativen (Leitungs-)störungen stets neue potentielle Energie und damit eine beherrschende Gewalt über die anderen im zentralen Nervensystem ablaufenden psycho-physiologischen Prozesse soweit, daß vorübergehend ganze Systeme außer Funktion treten, die Tätigkeit einzelner Gebiete mangelhaft, die anderer hingegen über das Normale hinaus gesteigert wird — das alles solange, bis neue, mächtigere Eindrücke von außen sich geltend machen. Ein gewisses individuell verschiedenes Maß von potentieller Energie oder Spannkraft ist im Zentralnervensystem verfügbar; während dasselbe beim gesunden Menschen dem bewußten Willen zu Gebote steht, leidet die Hysterica an Willensschwäche, an Unfähigkeit zur Selbstbestimmung, weil die vorhandene Spannkraft für die Äußerungen der Krankheit verbraucht wird, weil pathologische Reihen von der

herrschenden Vorstellungsgruppe, wie von äußeren Einflüssen angeregt, von innen und außen stets neue Kraft und neue Impulse erhaltend, die psychische Kontinuität unterbrechen.

Alle diese funktionellen Störungen setzen aber etwas voraus: in der Organisation muß sich das Gehirn, welches hysterisch erkrankt, vom normalen unterscheiden. Form und Funktion sind überall in der Erfahrung zwei korrelative Begriffe; keine Änderung in der Funktion, ohne gleichzeitige Änderung der Form. Man erwartet daher entsprechend der abnormen Reaktionsweise der Patienten, ein abnorm organisiertes Zentralnervensystem. Der Annahme einer angeborenen oder in früher Jugend erworbenen, in Bau oder Chemismus bedingten Minderwertigkeit widerspricht nicht, daß die hysterische Veranlagung in vielen Fällen erst mit der Pubertät oder gar erst in vorgeschritteneren Alter manifest wird. Anzeichen von Hysterie können schon in der Kindheit dagewesen sein, ohne aufzufallen; überhaupt werden degenerative Züge, Verlogenheit, ethische Defekte an Kindern erst bemerkt, wenn sie außergewöhnlich hochgradig sind. Weiters gibt es zahlreiche Analogien dafür, daß irgendeine auf dem Wege der Zeugung übertragene, also angeborene Veranlagung doch erst mit einer bestimmten Altersstufe quasi sich entwickelt. So beginnt auch bei gleichartiger Heredität das zirkuläre Irresein um die Zeit der Geschlechtsreife; es können bei familiärem Selbstmord alle in Betracht kommenden Deszendenten erst in einem viel höheren Alter das Suizid begehen. Ähnlich hätte man sich vorzustellen, daß die Anlage zur Hysterie im Individuum schlummert, um erst später, gelegentlich eines adäquaten Anstoßes, offenkundig zu werden. Es ist aber nicht auszuschließen, daß Affektstürme gewissermaßen die hysterische Reaktionsweise bahnen; man beobachtet ja, daß dieselbe Wirkung, welche bei schwerer hysterischer Disposition schon geringfügige Anlässe erreichen, bei geringer Veranlagung durch mächtige seelische Traumen erzielt wird und braucht gar nicht mit Giannuli anzunehmen, daß die chemischbiologische Wirkung, welche Gemütsbewegungen auf den Organismus ausüben, vorübergehende Veränderungen im Bau des Kineto- und Trophoplasma der Zellen erzeuge, welchen hysteroide Symptomenkomplexe entsprechen, wie man sie sonst nur bei Krankheitsbildern der angeborendegenerativen Hysterie findet.

Die eigentümliche Veranlagung des zentralen Nervensystems führt ebenso zum hysterischen Charakter wie zu monosymptomatischen Formen der Hysterie; körperliche und Seelenstörungen ersetzen einander, wechseln miteinander ab. Traumen und gefühlsstarke Vorstellungen können jederzeit krankhafte Veränderungen des Körpers und Irresein hervorrufen; sie lösen Mechanismen aus, welche in der Gehirnveränderung vorgebildet schlummern. Es bestimmt das Inhaltliche einer Gruppe von Störungen, daß diese in der verursachenden Vorstellung gewissermaßen vorgedacht

sind, daß das Symptom suggeriert wird durch den Bewußtseinsinhalt des Affektes. Wie schon einmal erwähnt, wird jede mögliche Innervation verwendet; insofern der Krankheitswille, die herrschenden Vorstellungsreihen, ebenso ihr Ausdruck im Körperlichen oder Seelischen psychologisch in ihrem Zusammenhange aufgedeckt sind, bietet der Fall nichts Befremdliches mehr. Gewissen Schwierigkeiten begegnet man nur bei Mechanismen, die neben den unmittelbar psychogenen Symptomen auftreten, die wohl von der Psyche abhängen, aber in gesetzmäßiger Weise, ganz regelmäßig immer wiederkehren.

Daß die hysterischen Menschen feststehende Krankheitsformeln in sich herumtragen, wird schon bewiesen durch die Einheit in der Vielzahl der äußeren Erscheinungsweise, welche die Hysterie zu allen Zeiten, bei allen Völkern, bei ganz ungebildeten Individuen einsamer Provinzstädte an sich trägt, wo man unmöglich durch Lektüre, Studium oder Beobachtung dahinter gekommen sein kann, daß es hysterogene Zonen gibt, wie ein klassischer Anfall aussieht, daß sich Hemianästhesie mit affektvollen Delirien verbindet usw. An früherer Stelle wurde gelegentlich die Grundlage der Hysterie in Parallele gesetzt mit der konstitutionellen Grundlage der verschiedenen Temperamente; es wurde auf die nahen Beziehungen zwischen Hysterie und Frauenseele, auf die vielfachen Übereinstimmungen mit dem Verhalten der Kinder hingewiesen; es soll nun eingehender gezeigt werden, wie die Psychoneurose eigentlich nur physiologische Eigentümlichkeiten, Charakterzüge nach einer bestimmten Richtung variiert; daß der Hystericus sich mehr quantitativ als qualitativ vom Durchschnittsindividuum unterscheidet; daß zwischen der Hysterie und den hysterischen Mechanismen einerseits, dem normalen Verhalten andererseits immer und überall weitgehende Analogien bestehen.

Der hysterische Charakter und zahlreiche Äußerungen der Hysterie basieren auf der Suggestibilität. Die Hysterischen sind suggestibel; niemand wird bestreiten wollen, daß auch alle Menschen suggestibel sind, freilich in einem verschiedenen Grade; es sind das so bekannte Vorgänge des täglichen Lebens, daß von Beispielen füglich abgesehen werden kann. Auf der einen Seite nähert die Suggestion sich dem Glauben und bildet als solche die Grundlage jedes Unterrichtes, auf der andern Seite geht sie in die Nachahmung über, ein Mechanismus, der eigentlich die Erziehung ermöglicht; die erste Entwicklung jedes Menschen beruht geradezu auf dem Nachahmungstriebe. Die äußere Beeinflussung wird überwältigend, wenn Affekte sich einmischen; diese selbst muß man direkt ansteckend nennen. Die Durchdringung von Gemütsbewegung und Körperinnervation ist hier so innig, daß der entsprechende Bewußtseinsinhalt die zugehörige Innervation und die entsprechende Innervation ganz unbewußt den Affekt hervorruft. Unabhängig von der Stellung, die

man der James-Langeschen Theorie gegenüber einnimmt, ist die Tatsache anzuerkennen.

Die Übertragung des Affektausdruckes durch Nachahmung vermittelt die Übertragung des Affektes selbst von einem Individuum auf das andere. Wir hören, sehen jemand lachen und müssen mitlachen, geraten in heitere Stimmung, ohne noch zu wissen, worum es sich handelt: man ist traurig mit den Traurigen. Eine Mehrzahl von Menschen mit gleichen Affektausdrücken potenziert die Wirkung. Wie die Hysterischen erliegen auch die Gesunden, wenn irgendein religiöses oder politisches Schlagwort eine Gemeinde fanatisiert. Es sei nur an die prachtvolle Rede des Antonius in Shakespeares Julius Cäsar erinnert, ein vom Künstler der Natur nach geschaffener Typus für die Art, wie ein geschickter Hypnotiseur in der kürzesten Frist eine Volksmenge um das zu bringen vermag, was sie für ihre Überzeugung hielt, wie dieselbe Volksmenge zu praktischer Betätigung einer gegenteiligen Überzeugung angeeifert wird. In der Massenwirkung reißen alle Affekte den einzelnen mit fort, z. B. in der Panik bei Ausbruch eines Feuers; Begeisterung wie Verzweiflung teilen sich einem ganzen Truppenkörper mit; Langeweile kann über einer großen Gesellschaft brüten; das Gähnen, das sich da von einem zum andern fortpflanzt, ist ein geradezu bezwingendes Affektsymbol.

Näher zur Pathologie kommt man mit einer schweren vasomotorischen Störung, die hier eingereiht werden kann, da auch sie nichts anderes bedeutet als einen exzessiven Affektausdruck: die Ohnmacht. Man wird ohnmächtig vor übergroßer Freude, im unerträglichen Schmerze, vor tödlichem Schreck; erforderlich ist nur eine gewisse Labilität der Gefäßnerven, wie man sie bei Bleichsucht, Erschöpfung und dgl. antrifft. Ganz merkwürdig sind nun die Serien von Ohnmachten, die gelegentlich eintreten, genau so wie die hysterischen Epidemien in den Mädchenschulen. Wenn in einem dichtgefüllten Raume eine oder die andere Synkope erfolgt so stellen bei einer großen Anzahl von Personen zunehmende Unlustgefühle sich ein, die ganz zwangsmäßig zum Gefühle einer drohenden Ohnmacht sich umsetzen, einzelne willensschwache Naturen überwältigen. Hier schlägt gewissermaßen ein beherrschender und lebhaft affektbetonter Gedanke den ganzen übrigen Bewußtseinsinhalt: die Vorstellung oder Befürchtung der drohenden führt durch Beeinflussung vasomotorischer Bahnen wirklich zu Ohnmacht. Derartige Überleitungen sind den Gesunden nur für Affektausbrüche zugänglich; es ist ein relativer Unterschied, wenn sie bei Kindern leichter, bei Hysterischen am promptesten ansprechen und diese quantitative Differenz ist begreiflich. Da diese Kranken viel in Affekten sich bewegen, eigentlich in Affekten fühlen, müssen parallel zur Übererregbarkeit auch die zugehörigen Innervationsstörungen besonders gebahnt sein. Wenn die Hysterie in ihrer

Gänze gewissermaßen nur eine verzerrte Reaktionsweise des Organismus auf einen Gemütseindruck darstellt, so muß es möglich sein, von den Äußerungen normaler Affekte Übergänge zu den hysterischen Mechanismen aufzufinden.

Bei jedem Menschen setzen sich seelische Vorgänge in die verschiedenartigsten Körperinnervationen um; letztere werden wiederum als Affekte im Bewußtsein reflektiert. Es ist ein vollkommenes Analogon zu den hysterischen Mechanismen, wenn die Vorstellung, Erwartung einer schmackhaften Speise die Speichelsekretion anregt, wenn eine betrübliche Nachricht zu einem Tränenergusse führt. Willkürlich können wir nicht speicheln, von einer gefühlsbetonten Vorstellung her werden die Drüsennerven erregt. Auch die Tränendrüsen sprechen nur an unter Vermittlung von Affekten. Das weibliche Geschlecht, welches über lebhaftere Ausdrucksmittel verfügt, vermag seine Affekte gewissermaßen künstlich zu steigern; es kann seine größere Anlage zum Weinen durch Übung so weit ausbilden, daß die Tränen schließlich nach Willkür fließen — ein Beweis für die Wirksamkeit der Bahnung, welche auch für die Hysterie gilt.

Die Auswahl der Innervationen, mittels deren wir unsere Affekte ausdrücken, ist nur zum kleinsten Teile verständlich. Geistreiche Hypothesen Darwins, Wundts u. a. versuchen eine Erklärung dieser Mechanismen; manche sind phylogenetisch ableitbar, waren einmal zweckmäßig, werden auch unter geänderten Bedingungen fortgezüchtet, während man die hysterischen Konversionen, ihre Typen als etwas Unnützes, Pathologisches aufzufassen hätte, die auch entwicklungsgeschichtlich nicht verfolgt werden können. Doch ist dieser Gegensatz kein durchgreifender. Wenn man nämlich Affektwirkungen studiert, so kommt man auch beim normalen Menschen in die Grenze der Krankheit hinein; die Teil- und Begleiterscheinungen heftiger Ausbrüche gehen weit über das hinaus, was noch physiologisch genannt werden darf. Wenn der schwere Angstaffekt vorübergehenden Herzstillstand, Durchfall bewirkt und das Haar bleicht, so sind das ungesunde und zwecklose Ausstrahlungen des Seelensturmes in periphere Nervengebiete; sie unterscheiden sich kaum mehr von der Hysterie, welche mit Ödemen und trophischen Störungen reagiert. Jeder exzessive Affekt führt zu einer Trübung des Sensoriums, schließlich scheint das Bewußtsein völlig aufgehoben, während doch Reizvorgänge im psychischen Organismus sich abspielen. Dem entspricht es, wenn bei der Hysterie durch gesteigerte Erregbarkeit des Gemütes und krankhafte Ausbreitung der unwillkürlichen Begleiterscheinungen Geistesstörungen zu den Stigmen hinzutreten.

Der hysterische Anfall, dieser Ausdruck aller Unlustaffekte kat exochen, diese Lösung jeder unmöglichen Situation, ist keineswegs so ganz eigenartig und krankhaft, wie man auf den ersten Blick vielleicht glauben möchte; auch hier lassen sich Übergänge zum Verhalten gesunder

Menschen konstatieren. Es ist bekannt, daß eine ganze Reihe Affekte von motorischen Entäußerungen begleitet wird, teils tonischen, teils klonischen Muskelbewegungen. Wir sind in „gespannter Erwartung, starr vor Schreck, wir springen vor Freude, zappeln vor Ungeduld, stampfen vor Zorn“: tief eingewurzelte Mechanismen, welche Analogien sogar bei den höheren Tieren finden. Das Stadium der Attitudes passionelles setzt sich aus lauter solchen Affektausdrücken zusammen; ähnliche Bewegungsformen sind auch über den ganzen hysterischen Anfall verteilt und der Paroxysmus kann ja nur als vielgestaltiger Affektausdruck gedeutet werden.

Eine gewisse Beziehung zum krampfhaften Anfalle zeigt die allen Menschen und höheren Tieren eigentümliche Art, Langeweile zu äußern, das Gähnen; ein bis zu hohem Grade vom Willen abhängiger, das heißt unterdrückbarer, andererseits auf dem Wege der Nachahmung oder von inneren Unlustempfindungen her sich aufzwingender Krampf der Herabzieher des Unterkiefers, häufig mit weiteren Muskelspannungen, Zurückbeugen des Kopfes verbunden. Noch mehr nähert man sich dem Äußerlichen der Hysterie beim Recken oder Räkeln, mit welchem man Spannungszustände zu beantworten pflegt. Wir strecken beide Arme in der Körperebene horizontal von uns, alle Muskeln kontrahieren sich tonisch, besonders die Nacken- und Rückenmuskeln, das Haupt wird zurückgeworfen — ein ganz typischer Opisthotonus; — wenn wir uns besonders erleichtern wollen und ganz allein sind, so folgen noch einige symmetrische Stöße mit den Armen: ein rudimentärer hysterischer Anfall, soweit die motorische Komponente in Frage kommt. Eine innere Spannung entlädt sich in diesem angeborenen Mechanismus. Zu diesem Räkeln drängt ein Bedürfnis; dasselbe läßt sich unterdrücken und wird unter Umständen unterdrückt; es setzt aber lebhafte Unlustempfindungen, wenn man sich nicht gehen lassen konnte. Ebenso erleichtert fühlt sich die Hysterica nach ihrem Paroxysmus.

Von hier bis zum klassischen Anfall ist es nicht mehr so weit, als von dem Affekte der Unbefriedigung zu einem Seelensturm; auch die motorischen Zwischenstufen fehlen nicht. Die meisten hysterischen Anfälle, die man zu sehen Gelegenheit hat, sind mehr weniger ungeordnete Tonismen und Klonismen, ein Umherschlendern der Extremitäten, oft nur ganz rudimentär. So eine Spitalsschwester z. B. fühlt sich unbehaglich, unzufrieden und drückt das dadurch aus, daß sie sich zweimal im Bette von einer Seite auf die andere wirft — so äußert sich auch physiologisch der Unmut. Das Bewußtsein ist dabei voll erhalten. In schwereren Fällen wird der Außenwelt weniger Aufmerksamkeit zugewendet, der lebhafter werdende Affekt, vielleicht von einer Erinnerung in plastischer Reproduktion getragen, füllt das Bewußtsein und setzt sich nach außen in Krämpfe um, die ja der Ausdruck jedes exzessiven Affektes sind. Beim Lächeln

verziehen sich nur die Mundwinkel, man lacht schließlich mit dem ganzen Gesicht, das Zwerchfell, die Körpermuskulatur tritt immer allgemeiner in Mitaktion, schließlich schütteln wir uns vor Lachen, in Lachkrämpfen. Schon im Dauerzustande lieben die Hysterischen letztere Art zu lachen; sie weinen ebenso krampfhaft. Wird ein Schmerz überaus groß, so beobachtet man bei jedem lebenden Wesen Zuckungen und Konvulsionen, man windet sich in Krämpfen. Das leicht erregbare Kind antwortet in dieser Weise auf jeden starken, insbesondere schmerzhaften Reiz, und diese elementare Konvulsibilität bleibt bei den Hysterischen erhalten. Entladung tritt ein, nachdem die Affektsumme eine gewisse Größe überschritten hat; die innere Spannung setzt sich dann um in lebendige Kraft.

Diese Anfälle können eine gewissermaßen organische Weiterbildung erfahren. Bekanntlich gibt es ein eigenes Krampfzentrum; verschiedene Reize, welche auf dieses Zentrum wirken, rufen allgemeine Konvulsionen hervor; es sei an die Krämpfe beim Tode durch Verblutung, nach Kohlenoxydvergiftung, bei wiederbelebten Erhängten, an die weitausholenden Krämpfe bei Urämie und Eklampsie erinnert: speziell die drei letzterwähnten Krampfformen haben schon zu Verwechslung mit hysterischen Paroxysmen Anlaß gegeben. Ein Mechanismus ist also vorgebildet, nur tritt er beim normalen Menschen im Zusammenhange mit psychischen Prozessen nie in Tätigkeit; wie andere subkortikale Zentren scheint aber das Krampfzentrum der Hysterie zur Verfügung zu stehen. Es ist gar nicht wunderbar, wenn schließlich eine Bahnung sich entwickelt, so daß die Kranken willkürlich über den ausgefahrenen Mechanismus verfügen: Hysterische, welche über Wunsch jederzeit ihren Anfall reproduzieren können, bestätigen, daß sie an denselben nur zu denken brauchen, und er setzt ein. In dieselbe Kategorie von Erscheinungen gehört es, wenn von indischen Fakiren erzählt wird, daß sie die Frequenz der Herzaktion willkürlich, bis zu vorübergehendem Herzstillstande beeinflussen, auch ein subkortikales Zentrum von der Großhirnrinde aus in seinem Innervationszustande beherrschen gelernt haben. Jedenfalls aber muß die hysterische Veranlagung dieser Bahnung entgegenkommen.

Es läßt sich beweisen, daß ein Teil der hysterischen Anfälle, trotz seiner psychogenen Auslösung die eben angeführte Grundlage hat. Man beobachtete hin und wieder Pupillenstarre (Karplus, Westphal), die den hysterischen Paroxysmus dem epileptischen annähert und willkürlich gewiß nicht hervorgebracht werden kann, insofern es sich dabei um einen Krampf der Binnenmuskeln des Auges handelt. Allerdings denkt man an die interessanten Versuche von Piltz-Zürich über den Einfluß von Vorstellungen auf die Pupillenweite: es ist im Rahmen der Norm möglich, vom Bewußtsein her Innervationen, die sonst der Willkür entzogen sind, wenigstens zu modifizieren. Und die hysterischen Anfälle gehorchen immer Vorstellungsgesetzen; nie hat noch die Hysterie einen

Jackson-Typus, den Typus der organischen Rindenerkrankung aus sich selbst heraus geschaffen.

Eine dritte Art von Anfällen entsteht unzweifelhaft auf suggestivem und autosuggestivem Wege; die ganz ungeordneten, polymorphen, die übermäßig wilden Krämpfe, namentlich bei Patientinnen, die keinen Überschuß an lebendiger Kraft haben, keinen Affektstürmen ausgesetzt sind, wo die Krankheit geradezu in Anfällen sich erschöpft, die an nichtige Ursachen anknüpfen — überall da wäre eine unmittelbare Psychogenie vorauszusetzen. Die Quelle, aus welcher geschöpft wird, ist allgemein zugänglich. Die meisten Menschen haben einmal in ihrem Leben Konvulsionen irgendwelcher Art gesehen, alle haben eine Vorstellung, wenn von Krampfanfällen gesprochen wird, kennen deren Bedeutung für schwere Nervenkrankheiten. Es ist ganz gut denkbar, daß die subjektive Krankheitsüberzeugung den Patienten Anfälle suggeriert, ja daß solche ganz bewußt vorgeführt werden, nach Analogie anderer hysterischer Schwindeleien, um das eigene Krankheitsgefühl der Umgebung aufzuzwingen. Unmittelbar psychogen sind wohl auch alle imitierten Paroxysmen, welche eine Hysterica der andern nachmacht. Jenes junge Mädchen (Beobachtung XXVIII), deren rudimentäre Anfälle nur die autosuggestive Wiederholung einer Ohnmacht darstellen, welche die hysterisch veranlagte Person einmal impressioniert hat, bekommt unvermutet eine delirante Schlafattaque auf die bloße Beschreibung einer solchen hin, die auf der Nachbarabteilung sich ereignete. Dort wo im Anfalle zusammenhängend gesprochen wird, ebenso dort, wo man durch Suggestion während des Paroxysmus den Charakter der Bewegungen beeinflussen kann, ist natürlich die unmittelbare Psychogenie, das heißt der direkte Abfluß der Bewegungsimpulse aus den höchsten Bewußtseinszentren außer Diskussion.

Was die sonstigen körperlichen Stigmen betrifft, so seien nur noch den Sensibilitätsstörungen der Hysterischen wenige Worte gewidmet. Französische Forscher — namentlich Janet, auf dessen Arbeiten verwiesen werden muß — haben sich um das Studium der hier herrschenden Gesetze große Verdienste erworben. Es ließ sich nachweisen, daß Vorstellungen und Bewegungen ausgelöst werden von Teilen, welche die Kranken als empfindungslos erklären. Die Anästhesien unterliegen in ihrer Lokalisation, Ausdehnung und Gestaltung nicht den anatomischen Gesetzen des Nervensystems, sondern der Herrschaft von Vorstellungen, indem sie suggestiv entstehen, sich ändern und wieder vergehen, so daß das Verhalten der Patienten den Anschein der Willkür erweckt. Die Funktionsausfälle entsprechen nicht der Nervenverteilung, Segmenten, sondern den Begriffen, welche die Menschen von der Gliederung ihres Körpers haben, sie grenzen z. B. an den Gelenkslinien quer ab; sie akkommodieren sich der gewohnheitsmäßigen Verknüpfung der Empfindungen oder gar persönlichen Gedankenkreisen. Es ist daher nicht

wunderbar, daß die Symmetrie gestört wird; für das Bewußtsein sind die beiden Körperhälften nicht gleichwertig. In der Regel steht die rechte Seite mehr im Lichte der Aufmerksamkeit; ebensogut kann aber auch durch ein akzidentelles Moment z. B. ein Trauma, die linke Seite in den Vordergrund rücken und dann hier sich die sensiblen Störungen lokalisieren. Unverkennbar ist die Psychogenie, wenn eine gravide Patientin gerade über dem Beckengürtel Empfindungslosigkeit angibt: die fleckige Anästhesie symbolisiert dann gewissermaßen den zerfahrenen hysterischen Seelenzustand in seiner Gänze.

Die Einschränkung des Bewußtseins ist ein Schluß, den man zieht, der partielle Schlafzustand ein bildlicher Ausdruck; beides stimmt nicht ganz, denn die Hysterischen bleiben auch äußeren Einwirkungen zu Trotz dabei, daß sie nicht wahrnehmen. Aufklärend wirken da die systemisierten Ausfallserscheinungen, die viel charakteristischer für Hysterie sind, als weit verbreitete Analgesien, welche man auch bei anderen Formen von Geistesstörung findet. Gerade die scheinbar komplizierteren Fälle sind am einfachsten zu erfassen. So gibt es hysterische Patientinnen, welche trotz vollkommener Anästhesie der Hand einzelne Gebrauchs- respektive Toilettegegenstände tastend erkennen, z. B. existiert die Anästhesie nicht für Ohrringe, eine Frisur; die Ageusie nicht für Zwiebelsuppe. Noch überraschender sind die Resultate, wenn man sich von den Angaben der Patienten etwas emanzipiert, indem man, wie bei den höheren Sinnesorganen möglich, Vexierversuche einfügt.

Bei einseitiger hysterischer Blindheit ergeben Prismenexperimente das Vorhandensein eines Netzhautbildes, das auch wahrgenommen wird. Nachdem dasselbe aber nicht apperzipiert wird, wenn der Kranke weiß, daß dieses Bild von dem amaurotischen Auge stammt, so muß es unter dieser Bedingung und aktiv unterdrückt werden. Blinde Hysterische verhalten sich wie Lügner und Schwindler, die durch Simulantenproben entlarvt werden können, die nicht einmal ihre Reflexe beherrschen, indem herabfallende Gegenstände fixiert werden; es ist gelegentlich auch zu beobachten, daß solche Kranke für sich allein ganz prächtig umhergehen, ohne irgendwo anzustoßen. Die Patienten kontrolieren also ihre Defekte gleich Hypnotisierten. Krankhafte Vorstellungsreihen, welche das Bewußtsein beherrschen, bedingen den Ausfall, der erst durch die Untersuchung bei Hinlenkung der Aufmerksamkeit offenkundig und dann auf dem Wege der Autosuggestion fixiert wird. Es muß aber daran festgehalten werden, daß die Neigung zu Anästhesien an und für sich Ausdruck eines der Hysterie eigenen Mechanismus ist, den die Prüfung nur auslöst, wie etwa einen Druckpunkt. Sensibilitätsstörungen sind bei Hysterischen so regelmäßig, daß man nicht glauben kann, der Arzt schaffe dieselben erst. Übrigens fehlt bei manchen dieser Kranken das Symptom, trotzdem sie Gelegenheit hatten, es zu beobachten; bei anderen ist es vorhanden, obwohl gerade

sie aller menschlichen Voraussicht nach nie dazu gekommen sind, über die Bedeutung solcher Stigmen sich belehren zu lassen. In der hysterischen Anlage schlummert der Mechanismus; psychische Vorgänge und Bindungen treten zu seiner Geltendmachung in Tätigkeit.

Ganz Analoges läßt sich für die Amnesien durchführen. Man erschließt aus ihnen eine Einschränkung des Bewußtseins, den amnesiogenen Geisteszustand. Auch das ist nur ein bildlicher Ausdruck. Wenn man das Verhalten der Hysterica dem Examen gegenüber mit dem eines Gesunden vergleichen, wenn man ein Ausfallssymptom den jetzt herrschenden hirnphysiologischen Anschauungen entsprechend umdeuten will, dann dürfte von einer partiellen Ausschaltung der Hirnrindenfunktion gesprochen werden; es ist nachzuweisen, daß die Erinnerungsbilder da sind, in Schlaf und Hypnose glatt reproduziert werden; das Zentralorgan scheint nur unfähig, sie durch bewußtes Wollen zu wecken.

Die einfachste Form stellt wohl die sogenannte abulische Amnesie vor. Die Hysterica ist müde, sie will sich nicht anstrengen, nicht nachsinnen. Das typische prompte „Ich weiß nicht“ wird aber durch eine richtige Antwort ersetzt bei energischem Vorgehen, bei Drohung mit einem Pressionsmittel. Hier besteht also nur ein gewisser Widerstand gegen die Assoziation, der willkürlich überwunden werden kann. Bei einer andern Form ist dieser Widerstand nicht so leicht zu beseitigen; die Kranke will an etwas nicht denken, es sind dies, wie man sie nennen möchte, oppositionelle Amnesien; Dinge, die unmittelbar zurückliegen, werden von den Patienten durchaus nicht erinnert, trotz aller Vorhalte und Assoziationsverknüpfungen abgelehnt, während gleichzeitig damit in Zusammenhang stehende Ereignisse sich ohne weiteres reproduzieren. Diese Amnesien machen auf den unbefangenen Untersucher noch mehr den Eindruck des Willkürlichen. Der Kranke beherrscht gewissermaßen jeden Augenblick seine Amnesie: Er weiß genau, was er nicht wissen will. Sie betrifft Dinge, die ihm unangenehm sind. Wenn man das Wort „Lügen“ hier scheut, bleibt nur übrig auf Autosuggestionen zurückzugreifen.

Diese Autosuggestionen beeinflussen das Spiel der Assoziationen, unterdrücken im Sinne der Krankheit bestimmte auftauchende Erinnerungen, schieben andere an deren Stelle. Es ist seelische Aktivität vorhanden, wie bei den Anästhesien, kein Ausfall psychischer Tätigkeit. Ganz bezeichnend ist wiederum das analoge Verhalten Hypnotisierter.

Es sei auf ein typisches Experiment Bernheims verwiesen, das ich nach einer persönlichen Mitteilung Freuds zitiere. Eine Person wird hypnotisiert; Bernheim suggeriert derselben, er gehe hinaus, sei nicht anwesend. Die Person wird erweckt. Nun vergebliche Versuche des Experimentators, ihr seine Gegenwart bemerklich zu machen; er beschimpft, bedroht sie, zwickt sie, zaust sie an den Haaren, hebt ihr die Röcke auf: alles ohne

eine persönliche Reaktion. Nach Beendigung des Versuches weiß die Kranke von all diesen Vorkommnissen nichts, bleibt auch den überraschendsten Kreuz- und Querfragen zum Trotz bei ihrer Amnesie. Es bedarf nur eines kleinen Kunstgriffes, beileibe keiner Hypnose. — Bernheim drückt an ihre Stirn und sagt: „Du wirst Dich gleich erinnern, also was hat es gegeben?" Prompte Antwort: Ja wohl, Sie haben mich geschimpft, mit diesem und jenem Namen etc. Also ein äußerliches Symbol genügte, um den Widerstand der Person gegen die bereitliegende Erinnerung aufzuheben. Das Geschichtchen ist zugleich ein Beitrag zur Parallele der Ausfallserscheinungen im Gebiete der Wahrnehmung, wovon schon früher gesprochen wurde, und auf dem Gebiete der Reminiszenzen.

Der Kranke, welcher falsch antwortet, paralogiert oder gar Kontrastantworten gibt, erwidert wie ein Simulant, welcher die Frage versteht, den durch die Frage angeregten Vorstellungskreis nicht so schnell los werden kann, aber doch unpassend, ausweichend, möglichst entgegengesetzt oder unsinnig erwidern will. Mit der Annahme, daß sich andere, speziell Gegenvorstellungen mechanisch dazwischen schieben oder, daß gewisse Begriffe infolge der Unaufmerksamkeit und Ermüdbarkeit haften bleiben, reicht man in typischen Fällen nicht aus. Gerade bei Anspannung der Aufmerksamkeit geht es am schlechtesten, sind die Amnesien am auffallendsten. Wenn der Patient abgelenkt, zerstreut ist, versteht und weiß er alles am besten, im Gegensatz zu dem initialen Paralytiker, wo die Anregung durch das Examen ausreicht, um die sonst schon auffälligen Störungen der Merkfähigkeit, der Auffassung verschwinden zu machen.

Vielleicht gibt es Amnesien, deren Genese anders gedacht werden kann. Man beobachtet das Fälschen, das Vergessen von Daten bis zu einem gewissen Grade auch beim Gesunden unter Bedingungen, die bei der Hysterie häufig zutreffen. Die Stimmung der Kranken ist durch psychische Traumen beeinflußt; der Affekt weckt ihm konvenierende, anderweitige Erinnerungsbilder, welche so plastisch reproduziert werden können, daß man meinte, die ursprüngliche Vorstellung werde darüber in den Hintergrund gedrängt, vergessen. Überhaupt bewirken lebhafte Gemütsbewegungen, wie sie der Hysterie ja zukommen, eine Assoziationsstörung und es ist leicht, diesen Spezialfall durch Analogien aus dem Alltagsleben zu illustrieren. Man braucht nur an das Steckenbleiben, das Vergessen des ungeübten Redners zu denken, wo durch den Affekt der Befangenheit der geordnete Ablauf der geläufigsten Gedankenketten durcheinander geworfen wird.

Eine andere Möglichkeit: Der Kranke ist nur mit seinen egoistischen Ideenkreisen beschäftigt, nimmt gar keine Notiz von Dingen, die zu diesem engen Vorstellungskreis nicht in Beziehung stehen; er fügt daher solche Eindrücke ziemlich unbewußt respektive unterbewußt in seinen Erinnerungsschatz ein, und kann nur durch besondere Mittel zur Erweckung dieser blassen Spuren gebracht werden. Auch dafür gibt es

Analogien im Physiologischen. Wenn jemand in der Zerstreutheit, richtiger in der intensiven Beschäftigung mit anderen Gedankenkreisen, einen Gegenstand verlegt, sich dann unmöglich darauf zu besinnen vermag, bis plötzlich, vielleicht im Traum, die Erinnerung an jene halb bewußte Handlung wieder auftaucht.

Im Gegensatz zu den gelegentlichen Gedächtnisstörungen der Gesunden findet man solche bei Degenerierten regelmäßig, ebenso regelmäßig wie die Pseudologia phantastica. Wenn man erklärt, das Wahre ist vorhanden, wird nur ins Unbewußte hinabgedrückt, so ist es dasselbe, wie wenn man auf gut Deutsch sagen würde, es wird verschwiegen, aus Willensschwäche oder mit einer speziellen Willensanstrengung, abulisch oder aktiv. Bei hysterischen Degenerierten hat man im letzteren Falle als treibendes Motiv den Krankheitswillen anzusehen, krankhafte Vorstellungen, die das Bewußtsein in ihrem Sinne beeinflussen. Der Patient verrät sein Wissen bei Ablenkung; fixiert man seine Aufmerksamkeit, beobachtet man ihn, dann erinnert er sich gewissermaßen, daß er krank ist, die Frage suggeriert ihm das Nichtwissen. Die Tatsache, daß Amnesien zu den regelmäßigen Vorkommnissen gehören, beweist, daß auch ihre Entwicklung im Mechanismus der Hysterie vorgebildet ist.

Die Amnesien sind eine einfache, weil unproduktive Form geistiger Störung; sie erfordern keine Initiative, keine schöpferische Tätigkeit. An die Stelle der fehlenden Erinnerungen schieben sich andere, ganz von selbst ergeben sich Erinnerungsfälschungen, die Vermischung von Traum und Wirklichkeit. Etwas aktiver werden die Hysterischen, wenn sie halluzinieren. Die eine Form, die affektlosen Sinnestäuschungen im hysterischen Dauerzustande erwecken den Eindruck der Unaufrichtigkeit, werden von vielen Beobachtern nicht ernst genommen. Sie wären zum Teil zu den vorgetäuschten Symptomen zu rechnen, führen anderenteils auf Träume zurück, welche die Kranken als Sinnestäuschungen ausgeben. Übrigens empfiehlt es sich auch bei dieser Gelegenheit, auf das Moment der Autosuggestion zurückzugreifen. Die Tatsache, daß Geisteskranke halluzinieren, ist allgemein bekannt; der Laie erblickt das Wesen der Psychose in dieser elementaren Störung. Die Überzeugung, krank respektive geisteskrank zu sein, kann daher Sinnestäuschungen suggerieren, die dann desselben Charakters, genau so vernünftig oder unsinnig sind wie die „Halluzinationen“ der Simulanten, meist Gesichtsbilder: Schatten an der Zimmerdecke, phantastische Tiere, verstorbene Personen, Märchenerinnerungen u. dgl.

Etwas anders steht es um die Affekthalluzinationen, welche sich fließend zum Delir hinüberspinnen. Die Lebhaftigkeit der Erinnerungsbilder ist bei den einzelnen Menschen individuell verschieden. Entsprechend der großen Reizsamkeit und dem Phantasiereichtum der Hysterischen wäre bei ihnen wie bei Menschen mit künstlerischer Veranlagung ein

plastisches Vorstellen vorauszusetzen. Das geweckte Erinnerungsbild trägt fast sinnliche Qualitäten; die Kritikschwäche, ein bloßes Schweigen der Kritik genügt, um die Sinnestäuschung vollkommen zu machen. Die Geschichte erzählt von Halluzinationen geistesgesunder Menschen: Sokrates, Konstantin der Große, Mohammed, Jeanne d'Arc, Luther, Benvenuto Cellini, Pascal, Goethe, um nur einige Namen zu nennen, haben halluziniert. Diese Tatsache an und für sich beweist noch keine Geisteskrankheit; um so weniger, wenn derartige Täuschungen im Affekte auftreten. Fast jedermann hat bei solchen Gelegenheiten wenigstens einmal illusioniert: der Furchtsame sieht Gespenster. Die Lebhaftigkeit der Vorstellungen sowie die Aufhebung der kritischen Assoziationen werden in gleicher Weise durch die Gemütsstürme der Hysterie begünstigt: es ist daher nicht wunderbar, wenn die Kranken im Affekte halluzinieren.

Am klarsten sieht man diese Genese bei hysterischen Delirien, welche fast immer außerordentlich leidenschaftlich sind, indem das Individuum seine ganze Energie auf die Reproduktion einer persönlichen Erinnerung verschwendet. Besonders lehrreich ist die große Reihe von Fällen — einzelne befinden sich auch unter den schon mitgeteilten — wo man einem Zustandsbilde gegenüber eigentlich nicht weiß, soll man von Affekt oder von Delir sprechen. Die Kranken sind in hochgradiger Erregung und äußern dieselbe laut, so wie der gesunde Affekt laut wird, wenn er eine gewisse Höhe erreicht; sie leben sich in ihren Affekt hinein, was ohne Vertiefung in das zugehörige intellektuelle Substrat gar nicht möglich wäre. Sie spielen sich und den Zuschauern eine Szene dabei vor, d. h. sie delirieren dieselbe.

Wie die Halluzinationen fußen auch die Erinnerungsdelirien der Hysterischen auf Vorgängen, die man noch im Rahmen des physiologischen Seelenlebens antrifft, scheinen nur die Steigerung eines Verhaltens, das bei etwas „innerlichen“, mit lebhafter Phantasie begabten Menschen gelegentlich beobachtet wird; man dürfte vielleicht von Reproduktionsmonologen sprechen. Es gibt Leute, die ein Ereignis, welches sie nahe berührte, halblaut mit sich selbst durchsprechen, oft in Rede und Wechselrede. Manchmal geht die Konzentration so weit, daß auf der Straße so ein Individuum unter Gestikulationen sich Vorwürfe macht, eine ganze Szene im Hin und Wider durchlebt; die innere Spannung und Gebundenheit läßt solche Menschen an die wirkliche Umgebung ganz vergessen, sie sind nur mit ihrem Ich beschäftigt. Beweis für die Allgemeinverständlichkeit dieses Mechanismus ist wohl, daß Dramatiker desselben ganz gewöhnlich sich bedienen: Szenen, die sie nicht bringen wollen, mögen dieselben der Vergangenheit oder der Zukunft angehören, lassen sie, eventuell mit verteilten Rollen monologisierend durch einen Schauspieler vortragen. Die Zuschauer empfinden das nicht unnatürlich. Über derartige Eigenheiten habe ich öfters berichten hören, teilweise sie selber beobachtet, ohne daß

man von Hysterie sprechen konnte. Zu dieser gelangt man aber in fließender Weiterentwicklung.

Die Hysterischen werden mit einem Ereignis nicht fertig; sie leben dasselbe immer und immer wieder durch, lassen die ganze Mitwelt daran teilnehmen. Bis zu einem gewissen Grade ist auch verständlich, wieso sich diese Erinnerungsdelirien an den großen klassischen Anfall schließen. Derselbe ist ein Affektausbruch: die Entladung der angehäuften inneren Spannung, die explosionsartig mit konvulsiven Bewegungen beginnt und sich in die Attitudes passionnelles fortsetzt; auch diese sind ein hysterischer Affekt, aber schon im Abklingen. Noch später kommt die dem Normalen angemessenere Ausdrucksweise, die Worte. Krämpfe wie Worte haben dieselbe Bedeutung; es wird eine das Bewußtsein beherrschende Erinnerung reproduziert, ein Affekt abreagiert. Die Konvulsionen markieren den ersten und schwersten Ausbruch; in allmählicher Abnahme der Erregung geht es durch die Plastik, dann durch die Aussprache schließlich bis zur Erschöpfung. Schon im vorigen Kapitel wurde darauf hingewiesen und hier sei es wiederholt, daß der Affektinhalt, der im Anfalle abgearbeitet wird, durchaus nicht einem persönlichen Erlebnisse entsprechen muß. Hysterische, die keinen geeigneten Erfahrungsinhalt für ihre Affektspannung haben, erfinden sich ein Ereignis, sie nehmen dasselbe aus dem Gelesenen, Geträumten; sie können sich aber auch mit Zukunftsbildern beschäftigen, ein Wunschdelir herunterspielen.

Die Dämmerzustände zeigen nahe Beziehungen zu den Amnesien, zur Verdopplung der Persönlichkeit; sie wachsen zum Teil aus den Träumereien der Hysterischen heraus, die ihrerseits in physiologischen Vorgängen ihr Analogon haben. Wie bei der Zerstreutheit gesunder Menschen ist das Bewußtsein durch Reminiszenzen oder Gedanken in rascher Aufeinanderfolge erfüllt; phantasiebegabte Kinder hängen Zukunfts-, Größen- oder Märchenträumen nach; erotische Träumereien, oft von ziemlich lebhafter Färbung, charakterisieren die Zeit der Pubertät. Indem die Bilder plastisch vorgestellt werden, sind es Halluzinationen, schließlich handelt die Hysterica im deliranten Dämmerzustande. Die Konzentration auf Innenvorgänge bedingt nach außen hin Einschränkung des dem Arzte zugänglichen Bewußtseins; bezüglich der Gesetzmäßigkeiten und Willkürlichkeiten dieser Form von Geistesstörung müßte das schon Gesagte wiederholt werden.

Eine große Anzahl hysterischer Psychosen geht unmittelbar aus den Einseitigkeiten des Charakters hervor, als pathologische Reaktion auf einen äußeren Reiz. Die Vielheit dessen, was die Hysterischen impressioniert, die überaus wechselnde individuelle Eigenart führen zu Geistesstörungen von ungeheuerer Mannigfaltigkeit. Manches von dem, was man zu sehen bekommt, entsteht durch die Autosuggestion geisteskrank zu sein, anderes wird aus der Umgebung aufgenommen. Unerwartete

Assoziationen, scheinbar unmotivierte Stimmungen überraschen nur den, welcher den Gang der Ideenverknüpfung nicht kennt. Auch Gesunde befremden manchmal den Fernerstehenden durch eine unpassende Bemerkung, durch eine Stimmungsänderung auf Grund einer unausgesprochenen Reminiszenz. Auch beim Gesunden wird irgendeine Affektsumme nur langsam verarbeitet und färbt während dieser Zeit auf jeden, auch den indifferentesten Bewußtseinsinhalt ab. Es kann das auslösende Ereignis inhaltlich bereits soweit abgeblaßt sein, daß es spontan gar nicht mehr auftaucht, daß nur eine genaue und kritische Selbstbeobachtung hinterher den Zusammenhang herstellt. Bei den Hysterischen ist das ins Krankhafte gesteigert. Weniger assoziative Tätigkeit als derartige Affektreste verzerren die Sinneswahrnehmungen, die persönlichen Erinnerungen und beeinflussen das Umlügen der Bewußtseinsinhalte.

Registriert muß werden, daß die hysterischen Psychosen vielfach den Eindruck erwecken, als ob sie willkürlich produziert würden, indem sie sich nach logischen Gesetzen gruppieren, auf Grund äußerer oder zu erschließender innerer Reize jeden Augenblick motiviert und zweckmäßig gestaltet werden, genau so wie willkürliche Äußerungen und Handlungen. Hierin liegt das Wesen der Erscheinung, nicht in der einfachen Annahme einer Simulation, die ja kaum je auszuschließen ist, da, von gewissen Einzelzuständen abgesehen, alle hysterischen Geistesstörungen sich willkürlich nachahmen lassen. Die Differentialdiagnose gegen Simulation ist auch von ungeheurer Schwierigkeit, vielleicht unlösbar; es ist allerdings vollkommen ausreichend, wenn man die zugrundeliegende Hysterie diagnostiziert, und dann sind gerade die Geistesstörungen die unmittelbarste Art, in der ein hysterisches Individuum sich ausdrückt.

Wenn ein Gemütseindruck Krampfanfälle auslöst, so müssen psychische Akte in körperliche Störungen konvertiert werden; wenn aber aus einem Schicksalsschlage eine melancholische Verstimmung herauswächst, dann scheint dies das allerselbstverständlichste; man muß auf das Unverhältnismäßige, das Inadäquate hinweisen, um die Psychose begründen, es müssen die Charakterzüge, die Stigmen herhalten, um die Diagnose Hysterie stellen zu können. Aus den Grundeigenschaften eben dieses Charakters folgt, daß ein Ereignis, welches vom gesunden Seelenleben mit einfacher Verstimmung beantwortet wird, bei der Hysterie zu einer mehrmonatlichen Depression führt. Dasselbe kann aber auch im Delirium reproduziert werden, in erkennbarer oder ganz unkenntlicher Verkleidung, es kann sich der Affekteindruck in einer entgegengesetzten Stimmung äußern, dadurch ganz fremdartige Bewußtseinsinhalte assoziieren. Auch hier begegnet man noch einer Analogie mit dem gesunden Seelenleben. Eine Methode, über etwas recht Unangenehmes sich hinwegzusetzen, besteht darin, daß man sich lustig darüber macht. Eine krampfhafte Heiterkeit, ein paar schlechte Witze sollen das eigene Ich sowie

die Umgebung über einen Affektshock hinwegtäuschen — auch eine Art des Abreagierens. Endlich gibt es Hysterische, bei welchen das psychische Trauma anfallsweise Störungen auslöst, die den größten Teil des Lebens stets sich wiederholen, und erst hier scheint das Wort Konversion wieder zu passen. Von der unmittelbaren Psychogenie bis zur Umsetzung einer Verstimmung in periodisch auftretende Krämpfe oder lange dauernde Lähmungen läuft eine fließende Reihe von Zwischenformen, welche die Zusammengehörigkeit aller dieser Reaktionen beweist, insofern auf eine bestimmte Organisation hingezeigt wird. Die Hysterie ist gewissermaßen ein Temperament von außerordentlicher Vielseitigkeit.

Auf eine Eigentümlichkeit dieser Organisation wurde bereits eingegangen; es ist die überwiegende Rolle des inneren Menschen gegen den äußeren. Die Hysterie lebt sich als Innenwesen rückhaltlos aus. Da das Niederhalten desselben durch die anerzogenen höheren, altruistischen und sozialen Gefühle eine gewisse Willensstärke und ein bedeutendes kritisches Vermögen erfordert, sieht man, daß mit besonderer Vorliebe geistesschwache, moralisch defekte, egoistisch veranlagte Individuen erkranken; Gehirne, die mit mangelhaften synthetischen Fähigkeiten ausgestattet sind; Menschen, welche Vernunftgründen schon in gesunden Tagen schwerer zugänglich waren, die mehr nach ihren Instinkten handeln. Hier sind die Eigensuggestionen um so mächtiger und finden keinen Widerstand; die Krankheitsüberzeugung schlägt alles andere aus dem Felde. Besonders bei Kindern und Frauen, wo das Gefühls- und Instinktleben dominiert und affektbetonte Vorstellungen schon in gesunden Tagen die Herrschaft über den denkenden Teil der Persönlichkeit tragen, ist daher die Häufigkeit der Hysterie leicht verständlich.

Noch einige Bemerkungen über das äußere Gepräge der Erkrankung. Dieselbe spiegelt die individuellsten Eigentümlichkeiten wieder; ihr Bild wechselt nach Individuengruppen. Die Hysterie des Nordländers muß anders aussehen als die des Südländers, die der oberen Zehntausend anders als die des Proletariers. Die Hysterie der Kinder ist charakterisiert durch eine Überfülle motorischer Reizerscheinungen, die der Frauen durch stürmische Affekte, große Beweglichkeit; bei Männern trifft man meist nur Erschwerung der psychischen Prozesse, eine traurige finstere Miene, während Delirien außerordentlich selten sind und rudimentäre Wahnideen der Stimmungsgrundlage entsprechen. All das wurde schon an früherer Stelle als die persönliche Note der Hysterie bezeichnet. Auch das normale Kind fällt durch seinen Bewegungsreichtum auf. Der Gegensatz zwischen Weib und Mann, der namentlich im Affektleben so ausgesprochen ist, läßt sich am schönsten erkennen bei einem Gange durch die Irrenanstalt. Auf der Weiberseite helles, lautes Lachen, Tränenströme, übertäubt durch den Lärm, den die Nachbarin verursacht; zornige Gereiztheit, welche die Fensterscheiben nicht verschont; durch alles Streiten und Schreien

immer wieder durchbrechend und stürmisch geäußert, Lustaffekte. Demgegenüber hört man auf der Männerseite höchst vereinzelt ein Lachen; die still depressiven Verstimmungen steigern sich nur zu einem monotonen Stöhnen oder Klagen der Angst; Zorn- und Wutausbrüche verpuffen rasch. Zumeist erblickt man apathische, sogar blöde Gesichter. Anlage, Erziehung, Lebensverhältnisse bringen es mit sich, daß der Mann seine Affektausdrücke weit weniger bahnt und entwickelt, speziell Lustaffekte nie so laut ausbrechen läßt. Der Mann ist immer schwerfälliger, das Weib beweglicher und die affektive Veranlagung steht der Hysterie so nahe, daß die Seltenheit der männlichen Hysteriker auch daraus begreiflich wird.

Es sei gestattet, dieses Kapitel abzuschließen mit der kurzen Wiedergabe dreier Fälle, welche in regelmäßiger Steigerung die Umsetzung eines gemütlichen Shoks in Psychose demonstrieren. Im ersten Kasus ist der Affekt noch vollkommen bewußt, die Verstimmung eine so physiologische, daß man sich sträubt, von Geistesstörung zu sprechen; nur der Anfall als hysterischer Mechanismus ist schon da.

Beobachtung XLIII.

Josefine K., 30 Jahre, katholisch, Maurersgattin.

Vater der Patientin Potator. Matrimonium seit 7 Jahren, kinderlos. Die Frau wird als reizbar und ungemein zanksüchtig geschildert; sie verschleuderte das Geld, ohne recht zu wissen wofür, war im Hauswesen nur notdürftig brauchbar. Seit dem Brautstande Anfälle von „Herzkrampf“ in unregelmäßigen Pausen, oft mehrmals täglich, besonders zur Zeit der Menses: Beginn mit tonischer Starre, dann Hinstürzen, klonische Zuckungen im Gesichte und den oberen Extremitäten, weißlicher Schaum vor dem Munde; Dauer 3—4 Minuten; nie Zungenbiß, nie Harn- und Kotabgang, keine Verletzung beim Hinstürzen. Vor $1^1/_2$ Jahren hörten die Anfälle ohne Therapie auf. — Wiederholt Suizidversuche (vor 3 Jahren Phosphor, vor 1 Jahr Selbstbeschädigung mit Messer). Drohte dem Manne, sie werde ihn umbringen. Seit 3 Monaten noch vergeßlicher, „ganz verloren“, zunehmend streitsüchtig auch gegen Fremde.

Der Amtsarzt findet die Kranke in hochgradiger Erregung; sie wolle sich vom Dachboden herabstürzen, Gift nehmen; sie versucht, sich Schnitte beizubringen, stößt mit dem Kopfe gegen die Wand, rauft die Haare.

10. März 1903. Patientin geht ruhig zu Bett; nachts schlaflos.

11. März. Verhält sich beim Examen passend und geordnet, ist vollkommen luzid, örtlich und zeitlich orientiert, zeigt nur leicht depressive Verstimmung; bemüht sich, alles Vorgefallene möglichst harmlos darzustellen: sie sei aufgeregt gewesen infolge von Differenzen mit ihrem Manne, mit dem Selbstmord meinte sie es nicht recht ernst, sie habe das Messer auch „nur so“ in die Hand genommen. Ihr Mann quäle sie, daß sie kinderlos sei, äußere seine Unzufriedenheit stets in roher Weise; er gebe ihr auch Grund zur Eifersucht, trinke stark, habe sie öfters geschlagen, lasse sie ohne genügende Geldmittel. Von ihren Anfällen will sie nicht reden. Bei der bestimmten Frage nach venerischer Infektion bricht Patientin in Tränen aus, gesteht schluchzend, daß sie vor der Ehe Syphilis akquiriert habe, in den Jahren 1894 und 1895 mit Papeln behandelt worden sei, noch 1902 an

einer gummösen Ohrenaffektion erkrankte. Sie bezieht alle ihre psychischen Zustände auf die Lues. — Schulkenntnisse, Auffassung und Merkfähigkeit gut.

13. März. Patientin gibt an, schwer darunter zu leiden, daß sie keine Kinder habe infolge ihrer Lues, von welcher der Mann nichts wisse. Die Leute im Hause höhnen ihn, weil er „nichts zusammenbringe", seine ganze Verwandtschaft sei ihr darum feindlich gesinnt. — Stundenweise Scheitelkopfschmerz.

15. März. Sehr wortreiche Darstellung ihres häuslichen Unglückes. Berichtet über lebhafte Träume, nächtliche Phantasien: Sie hörte läuten, stand auf, es war aber niemand vor der Türe. Ihre Anfälle bestanden nur darin, daß sie sich ihr Elend so sehr zu Herzen nahm, Stechen im Herz verspürte und zitterte. Dauernder Lebensüberdruß. Die Kranke sieht selbst ein, daß sie zum Manne nicht mehr werde zurück können; sie gerät beim Sprechen immer mehr in Affekt. Ihr Mann hatte nicht einmal eine Hose als sie heirateten; nun hetze er die Leute auf, überall verspotte man sie als die „Böhmin". (Patientin ist unverkennbar tschechischer Nationalität.) Sie verwahrt sich entschieden, daß sie so ein „Mädel" sei, hatte keine Ahnung, kam ganz unschuldig zu der schrecklichen Krankheit. Infolge von Tränenströmen muß das Examen abgebrochen werden.

24. März. Stets depressiv verstimmt; kein Freiheitsdrang, beklagt sich über ihren Gatten.

1. April. Äußert Angst, daß der Mann durch andere Leute von ihrer Krankheit erfahren haben könnte. Sie will eine diesbezügliche Anspielung von ihm gehört haben, traut sich aber nicht, ihm die Wahrheit zu gestehen. Sie fühlt, daß sie draußen nicht möglich ist. Am

2. April 1903 in eine Irrenanstalt übersetzt.

Es muß an erster Stelle bemerkt werden, daß man eine von Haus aus abnorm veranlagte Person vor sich hat; erst dadurch wird das folgende ganz verständlich, nur aus der abnormen Anlage ergibt sich die pathologische Reaktion auf eine Jugendsünde. Eine andere Frau hätte resolut die Konsequenz gezogen, sie wäre entweder mit der unangenehmen Erinnerung fertig geworden, hätte die Sache vergessen oder sie hätte — ein beliebter Vorwurf für französische Dramatiker — den Mut aufgebracht, wenn schon nicht dem Bräutigam, so doch dem Gatten ihren Fehltritt zu bekennen. Die Patientin ist zu keinem von beiden fähig. Sie leidet unter der Erinnerung, die sie allein trägt, deren Entdeckung sie fürchtet. Allerdings kommt im vorliegenden Falle noch eine unheilvolle Tatsache hinzu, die luetische Infektion, die in ihren Folgen fortwirkt. Die Kranke kann ein sehnsüchtiges Verlangen nach Nachkommenschaft und Mutterglück nicht unterdrücken, obendrein gibt sie ihren Mann dem Spotte der Nachbarschaft preis, was wiederum sie entgelten muß. Sie ist der Situation nicht mehr gewachsen, die Depression führt ganz konsequent zum Lebensüberdruß. Daß die Gemütsverstimmung zur Zeit der Menses ausgesprochener wird, ist begreiflich, weil gerade diese sie an ihr Schicksal erinnern und weil Verstimmungen überhaupt menstruell exazerbieren.

Außer dieser physiologischen Geistesstörung, wenn man so sagen dürfte, bestehen hier noch Anfälle, die von der Patientin in unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer Verstimmung gebracht werden. Sie nimmt ihr Unglück sich zu Herzen, eine Affektsumme häuft sich an und wird hysterisch, als Krampf abreagiert; während eine gesunde Frau Tränen vergießt oder laut weint, so oft sie etwas an ein großes Unglück erinnert, bekommt die Patientin einen

Anfall. Es ist übrigens nicht die ewige Fortwirkung eines Traumas aus der Vergangenheit, sondern die Depression findet stets neue Nahrung, indem die Leute Bemerkungen über ihre Kinderlosigkeit machen, der Mann sie deshalb prügelt, sie stets Frauen mit Kindern, glückliche Mütter erblickt. Von anderweitigen Krankheitserscheinungen, die in den Formeln der Hysterie sich bewegen, sind hier nur noch anfallsweise auftretende Scheitelkopfschmerzen zu verzeichnen. Der Fall steht, wie gesagt, an der Grenze der Norm, die Hysterie ist recht unentwickelt.

In anderer Weise reagiert auf einen Affektshock, der ihre ganze Existenz untergräbt,

Beobachtung XLIV.

Hermine Z., 59 Jahre, katholisch, Arztenswitwe.

Patientin leidet seit 1897 an Gedächtnisabnahme, äußert Furcht, sich oder jemand anderem durch spitze Gegenstände Schaden zufügen zu können, einen Selbstmord begehen zu müssen.

24. Jänner 1899. Als Patientin dem Arzte vorgeführt wird, kommt sie in hochgradige ängstliche Erregung, zittert am ganzen Körper, vermag kaum zu sprechen, beruhigt sich aber sehr schnell. Sie berichtet über Anfälle, Absenzen und Furcht vor sich selbst. Da sie sich vor ihren Kindern beherrschen wollte, stellten sich Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit ein. Ursache ihrer Erkrankung seien Gemütserschütterungen, die sich an den Tod des Vaters und Gemahls anschlossen sowie an Prozesse, die sie damals zu führen hatte.

26. Jänner. Vollkommen orientiert, ohne intellektuelle Ausfallserscheinungen. Eine gewisse innere Unruhe steigert sich zeitweilig zu lebhaften Angstausbrüchen: Patientin jammert, ringt die Hände, klappert mit den Zähnen, zittert am ganzen Körper.

1. Februar. Zu Bette, ist entsetzt, wenn jemand strickt, kann keine Haarnadel, keinen Zahnstocher sehen.

1. April. Die Zwangsvorstellungen sind etwas zurückgetreten. Die Kranke geht im Zimmer umher, beschäftigt sich mit Handarbeiten.

23. Mai. Klagen über neurasthenische Zustände, Kopfdruck dauern an. Verlangt stets Medikamente.

15. Juli. Patientin verträglicher, behelligt die Umgebung weniger.

12. August. Klagt nur mehr über Kopfschmerz; wenn sie diesen fühle, quäle sie die Erinnerung an ihr Leiden; sie wünsche darum hier zu bleiben, bis ihr Kopfschmerz gut geworden sei.

28. Oktober. Plötzlich erregt, fällt auf die Knie, man möge sie nicht wegschicken. Sie kommt in Streit mit anderen Kranken, verlangt Gift, sie halte es nicht mehr aus.

29. Oktober. Wieder ruhig.

22. Februar 1900. Unzufrieden mit der Umgebung, klagt über allerlei Schmerzen, beschäftigt Ärzte und Wartepersonal übermäßig.

20. Mai. Patientin liegt über eigenen Wunsch im Gitterbett, da sie sich nur hier sicher fühle. Sie steht durch Wochen nicht auf; jammert, man schenke ihr zu wenig Aufmerksamkeit.

25. Juli. Durch zwei Tage ganz verworren, kramte im Bettzeug umher, sprach unverständlich, schien ihre gegenwärtige Lage nicht zu erfassen. Heute wieder klar, nimmt sogar die Mahlzeit außer Bett.

25. August. Beträchtlich gebessert; die Stimmung viel heiterer. Die Kranke schläft ohne Schlafmittel, klagt nur selten mehr über Schmerzen. Sie

geht wiederholt in Begleitung oder allein aus, kehrt geordnet zurück. Wird am

14. September geheilt entlassen.

Bald stellen sich jedoch neurasthenische Sensationen ein, Zwangsgedanken und Phobien treten wieder auf. Gemütlich wird Patientin unausstehlich, reizbar, heftig und rücksichtslos. Dann kommt es zu Selbstmordäußerungen, Furcht vor der Möglichkeit eines Selbstmordes und schließlich zu raptusartigen Erregungszuständen und Angstaffekten, wobei die Kranke sich die Haare raufte und die Hausbewohner zu Hilfe rief. Auch Verfolgungswahnideen äußerte sie: ihre Töchter wollen sie absichtlich geisteskrank machen, um sich von ihr zu befreien.

30. Jänner 1901. Bei der Aufnahme ein ganz ähnlicher Zustand wie das erste Mal. Verlangt ins Gitterbett, äußert Angst vor den Mitpatientinnen.

In den ersten Tagen ihres Anstaltsaufenthaltes bessern sich die meisten Symptome sehr rasch. Die Kranke spricht von dem Prozesse, der sie um ihr ganzes Vermögen brachte und setzt ihre Hoffnung auf eine Wiederaufnahme des Verfahrens, denn sie wolle ihren Töchtern nicht zur Last fallen. Sie muß allerdings zugeben, daß sie in ihren gesunden Tagen selbst der Meinung war, es könne nichts mehr herauskommen; jetzt sei sie hingegen optimistisch. Als der Arzt ihr abrät, mit den alten Sachen wieder zu beginnen, gerät sie in große Erregung, weint, behauptet, man wolle sie absichtlich im Irrenhause festhalten.

30. März. Bittet um Blutentziehung. Es werden ihr Blutegel am Nacken gesetzt, darauf fühlt sie sich durch eine Woche wohl.

30. April. Weniger Angst, keine Zwangsvorstellungen, Klagen über herumziehende vage Gefühle, „Blutschießen“ etc.

5. Juli. Bei der Visite stets jammernd. Auf Suggestion verschwinden für einige Zeit die meisten ihrer Beschwerden.

30. Dezember. Patientin ist überzeugt, die schwerste Krankheit von allen zu haben, will in ihrem Zustande bedauert sein. Sonst ruhig, beschäftigt sich mit Handarbeit oder Lesen. Schlaf ist durch Suggestivmittel (Zucker) zu erzielen.

19. Jänner 1902. Die Kranke war bisher am Zahlstock untergebracht. Da sie nicht entlassungsfähig wird, erfolgt ihre Übersetzung in die dritte Verpflegsklasse (Klinik). Sie kommt in hochgradiger Erregung an, verlangt sofort ins Gitterbett; weint und schreit, als ihr dasselbe nicht zur Verfügung gestellt wird.

20. Jänner. Ruhig, sehr umständlich. Der Arzt des Zahlstockes sei ihr übel gesinnt, habe sie seinerzeit in schroffer Weise beleidigt.

21. Jänner. Ein Heer von subjektiven Klagen.

22. Jänner. Spricht die Visite feierlich an: Man solle ihr entweder den Kopf abreißen oder ihr recht geben. In das Meritorische der Sache eingehend erzählt sie, daß sie des Nachts fünfmal auf den Leibstuhl gehen mußte; Wärterinnen und Ärzte ließen das zu. Es folgen weitere Beschwerden, mit deren Abhilfe sie durchaus noch nicht zufriedengestellt ist; sie läuft der Visite nach.

24. Jänner. Klagt über die Ärzte, welche ihrem Leiden nicht genügend Beachtung schenken. Sie habe seit sechs Tagen keinen Stuhl gehabt (tatsächlich gestern Nachmittag zwei Stühle).

28. Jänner. Jammert über „schreckliche Kongestionen“ — es komme ihr wie Feuer aus den Augen — und Angstgefühle, besonders bei Nacht, die heftigsten Schmerzen im Kreuz.

6. Februar. Lebhafter Tremor des Unterkiefers, der wie gemacht aussieht, ebenso eine stotternde Sprache. Behauptet nicht geschlafen zu haben (non verum).

16. Februar. Ihren Töchtern gegenüber sehr erregt, schlägt nach denselben.

28. Februar. Ging des Nachts herum, geriet mit einer Patientin in Konflikt, erhielt eine Ohrfeige. Theatralischer Aufregungszustand, der ihre Übersetzung auf die Tobabteilung erforderlich macht.

2. März. Ruhig; behauptet, drüben war ein Komplott, man habe sie geschimpft, bei den Haaren gezogen, ihr Gift gegeben; man mißachte die Anordnungen des Arztes. Motiviert ihr Schreien damit, daß sie nur andere Eltern warnen wollte, ihre Kinder hereinzugeben.

In endlosen Klagen und Beschwerden schleppt sich der Zustand fort; Patientin wird immer untraitabler, beschimpft den Arzt, verlangt stets neue Medikamente, bekommt auf dieselben aber immer ärgere Erscheinungen, erklärt, daß die Ärzte ihren Zustand nicht verstehen, sich selbst für unheilbar krank. Sie quält die Wärterinnen, entwickelt dabei eine unheilvolle Ausdauer, indem sie mit rabulistischer Logik aus den Worten des Arztes alle möglichen Anordnungen herausdeutet. Dabei zeigt sich eine außerordentliche Abhängigkeit der Stimmung von äußeren Momenten; sie ist sehr leicht zu kränken, verlangt stets eine besondere Aufmerksamkeit, spielt Personen gegeneinander aus. Nachdem alle versuchten Medikationen nur für eine begrenzte Zeit wirkten, wurde ihr Suggestionstherapie in Aussicht gestellt. Am

1. Mai. Versuch einer Hypnose. Verbalsuggestion. Die Kranke erklärt von Anfang an, das könne und werde nichts nützen. Nun lebhafter Widerspruch: „Ich kann nicht einschlafen, Sie werden ja sehen." Patientin widerspricht jeder einzelnen Suggestivbemerkung, reißt die Augen weit auf, als es heißt: sie fallen Ihnen zu. Als ihr die Augen zugehalten werden, steigert sich die Aufregung so weit, daß die Kranke nicht mehr zu beherrschen ist, sie schreit laut um Hilfe, beginnt dann mit Respirationskrämpfen, endlich allgemeinen Konvulsionen, wirft sich im Lehnsessel hin und her. Die Suggestion wird nichtsdestoweniger fortgesetzt. Es gelingt für Bruchteile einer Minute Augenschluß zu erzwingen; dann treten immer wieder Reizerscheinungen dazwischen, Konvergenzkrampf der Bulbi, monotones Wiederholen einer sinnlosen Silbe etc. Schließlich eine vorsichtig redigierte Beruhigungs- und Schlafsuggestion.

2. Mai. Patientin scheint ganz zufrieden, folgt am

3. Mai willig zur Hypnose. Sie bietet diesmal keine Reizerscheinungen, Schlaf wird allerdings auch nicht erzielt. Sie glaubt, sie werde im Bette schlafen können; schläft auch tatsächlich ein.

5. Mai. Verlangt dringend nach Hypnose, legt sich mit geschlossenen Augen hin. Verbalsuggestion; hinterher wieder Schlaf.

6. Mai. Ganz ruhig, auch wenn sie bei der Visite fast übergangen wird; will täglich hypnotisiert werden.

7. Mai. Heute löst die Hypnose Erregungszustände aus. Patientin, welche anfangs die Augen schloß, reißt dieselben weit auf, behauptet, sie könne sie nicht schließen, richtet sich auf, atmet krampfhaft: „Ich muß ersticken, um Himmelswillen, was geschieht denn mit mir?" Auf Zuspruch schlummert sie dann doch ein.

9. Mai. Auch heute wieder Reizerscheinungen, krampfhaftes Auf- und Zuklappen des Unterkiefers, Grimassieren. Patientin versucht auf alle Weise,

Eindruck zu machen. Fixation eines vorgehaltenen Gegenstandes bewirkt rasch Zufallen der Augen, doch nur auf kurze Zeit.

Bei näherem Studium stößt man auf den alten Prozeß, welchen die Kranke während des ganzen Aufenthaltes an der Klinik mit keiner Silbe gestreift hat. Aufgefordert, davon zu erzählen, wird sie eine ganz andere Persönlichkeit; sie überhäuft den Arzt mit Freundschaftsbeweisen und geht ganz in dem Gedanken auf, daß nunmehr eine Wendung ihres Schicksals bevorstehe. — In ausführlicher Darstellung, die sich bis in die kleinsten Details verliert, berichtet sie, daß ihr Mann zu industriellen Zwecken von der Gemeinde Grund erhielt, dessen Eigentümerin aber die Gemeinde blieb (die tendenziöse Wiedergabe läßt in den Rechtsfall leider nicht ganz klar Einblick nehmen). Das Unternehmen florierte, sie gelangten zu Vermögen, da starb ihr Mann, die Gemeinde machte Schwierigkeiten, es kam zum Prozesse. Patientin läßt sich auf die Hauptfragen gar nicht ein; sie muß sich damals wie eine Querulantin verhalten haben, denn aus dem einen Rechtsstreit wurden deren mehrere, Patientin gewann sie zum Teil, aber sie lief immer von neuem zu Gericht, aus rein formalen Gründen, handelte gegen ihr eigenes Interesse solange, bis das ganze Vermögen bis auf den letzten Heller verprozessiert war. Die Kranke war bis zum Kaiser gegangen und erklärt ihr Mißgeschick ganz nach Art von Querulanten: der oder jener Richter oder Referent hätte ein persönliches Interesse daran gehabt, die Sache nicht mehr gut zu machen. Patientin klammert sich mit beiden Händen an den Arzt und erschöpft sich in Versicherungen ihrer ewigen Dankbarkeit. Sie hat zu Hause einen wohlverschlossenen, zirka 20 *kg* schweren Korb, in welchem alle auf ihren Rechtsstreit bezüglichen Akten und Dokumente verwahrt sind und übergibt selben.

In den nächsten Tagen ist die Kranke nicht wiederzuerkennen. Sie liegt ruhig zu Bette oder beschäftigt sich; kein Wort der Klage oder Beschwerde kommt über ihre Lippen. Erst gegen Ende der bedungenen Überlegungsfrist beginnt sie zuerst mit Blicken, dann auch mit Worten zu fragen, welchen Eindruck der Arzt gewonnen habe. Patientin protestiert nicht einmal dagegen, wenn man sie bei der Visite ganz übergeht.

Bei der zweiten ausführlichen Besprechung erweist sich die Kranke als durchaus einsichtslos dafür, daß sie der Rechtslage nach heute nichts mehr erreichen kann. Meritorisch mag sie wohl Recht gehabt haben, aber das Geld, welches für Advokaten und Prozeßkosten aufging, ersetzt ihr niemand mehr; daß sie ganz unsinnigerweise prozessierte, will sie auch heute nicht zugeben. Man sieht, sie empfindet den Sturz aus besseren Verhältnissen so schmerzlich, daß kein Zuspruch wirkt. Sie drückt ihre Enttäuschung aus, beschuldigt den Arzt der bösen Absicht und beginnt gleichzeitig wieder mit ihren hypochondrischen Beschwerden.

1. Juni. Klagt, daß sie niemals gesund werden kann, da man ihr kein Blut nehme.

15. Juni. Durch Änderung der Therapie nur für kurze Zeit zu beruhigen, dann gesteigerte Lamentationen. Es wird eine Ovarialtablette verordnet. Patientin findet das Medikament viel zu stark. Sie macht ihrer Tochter eine Szene, verliert für einige Zeit die Sprache; bei der Visite furchtbar erregt, sie nehme das Mittel nicht, sie sterbe.

17. Juni. Absolute Verweigerung der Tablette; sich selbst überlassen ganz ruhig; schläft gut.

25. Juni. Aus pädagogischen Gründen ohne jede Medikation.

2. Juli. Patientin anfangs scheinbar zufrieden, zunehmend lauter. Äußert

Wahnideen, die immer ungeheuerlicher werden. Sie sei ausgeronnen, ganz leer, gelähmt, man solle sein Werk bewundern. Als die Visite aber nicht genügend lange bei ihr verweilt, springt die Kranke auf, droht mit geballten Fäusten, flucht; es folgen krampfhafte Bewegungen: Patientin streckt die Füße in die Höhe, wälzt sich über den Bettrand, hält sich selbst fest, so daß sie nicht zu Boden fallen kann. Verlangt trotzdem ein Gitterbett, was ihr nicht bewilligt wird.

16. August. Ähnliche Clownismen, öfter wiederholt; die Kranke verdreht die Augen, schlägt mit Händen und Füßen um sich oder erklärt sich für gelähmt, knickt zusammen, wenn man sie auf die Beine stellt. Ihren Besuchern gegenüber wird sie so gewalttätig, daß dieselben sich nicht mehr in die Nähe trauen. Nur durch zweckbewußte Ignorierung gelingt es dem Arzte, mit ihr auszukommen. Patientin scheint endlich resigniert darüber, daß sie hier nicht mehr gesund werde, wünscht sich anderswohin.

Sie wird am

17. August in die Irrenanstalt M. übersetzt.

Ein Fall, der auch klinisch bemerkenswert erscheint, auf den noch zurückzugreifen sein wird, da er differential-diagnostisch gegen Hypochondrie abgegrenzt werden muß. Im Vordergrunde stehen Zwangsvorstellungen und hypochondrische Klagen respektive Befürchtungen; aber wie kommt Patientin zu diesen? Im unmittelbaren Anschluß an den Verlust ihres ganzen Vermögens gerät sie in hochgradige Depression; all ihr Bemühen war umsonst, sie hat den Kürzeren gezogen, ihre Existenz ist vernichtet; sie kann sich nie mehr erheben. Die psychische Katastrophe wird in eine körperliche umgefälscht: Sie ist unheilbar krank und kann nie wieder genesen.

Natürlich handelt es sich um eine degenerative, und zwar hysterisch veranlagte Person; die Neigung zu Zwangsvorstellungen und hypochondrischen Ideen liegt in ihrer degenerativen Anlage. Doch haben diese Störungen hier nur symptomatologische Bedeutung. Der ganze Verlauf des Falles berechtigt wohl zu der Diagnose Hysterie. Immer leuchtet die Suggestibilität hervor. Das Verhalten der Patientin hängt jeweils von der Umgebung respektive von den Aussichten ab, die sie sich über eine Restitution des Prozesses macht. Derselbe beherrscht die ganze Zeit über ihr Bewußtsein, wenn sie auch spontan nicht davon spricht, sondern nur über körperliche Sensationen klagt. Hierin liegt die hysterische Konversion. Der Gemütsaffekt geht ihr augenscheinlich so nahe, daß sie nicht an ihn denken will. Die äußerlich sorgenfreie Existenz, während Patientin am Zahlstock verpflegt wird, gestattet eine gewisse Besserung, die aber kein Ende absehen läßt; mit der Übersetzung auf die III. Verpflegsklasse bricht rasch eine Verschlimmerung herein. Die Kranke ist auffallend ruhig, eigentlich vollkommen gesund in den Wochen, wo eine Beschäftigung mit ihrem Aktenkoffer ihr neue Hoffnung gibt; sie erkrankt schließlich unheilbar, als sie ihre materielle Existenz dauernd vernichtet sieht. Diesmal trifft man ausgesprochen hysterische Mechanismen zum Teil durch die Hypnose ausgelöst, zum Teil als Reaktion im Affekt: Konvulsionen, Aphasie etc. Eine hysterische Umkehrung ist wohl auch die Wahnidee: ihre Töchter wollen sie geisteskrank machen, um sich von ihr zu befreien. Patientin hat ein ganz richtiges Gefühl für ihre Lage; so lange sie geisteskrank ist, sind die Kinder der Existenzsorgen überhoben; für sich allein schlagen sie sich schon durch, aber die Ansprüche der Mutter in gemeinschaftlichem Haushalte können sie nicht bestreiten. Die Furcht ist also vielmehr ein Wunsch, krank zu sein, eine Grundlage der Hysterie.

Was diese Diagnose zu erschweren scheint, ist der hohe Grad von Bewußtsein, welcher die einzelnen Krankheitserscheinungen begleitet, und es ist unzweifelhaft, daß hier von anderer Seite die Diagnose auf Hypochondrie oder wenigstens Hysterie-Hypochondrie gestellt werden dürfte. Im Kapitel „Differentialdiagnose" soll ausgeführt werden, daß Hysterie und Hypochondrie als degenerative Psychosen, vielleicht nebeneinander vorkommen, daß aber klinisch eine Unterscheidung getroffen werden kann je nach dem Verhalten des Ich zur Erkrankung. Hier wäre die Pseudohypochondrie durch Wiedereinsetzung in den früheren Vermögensstand zu heilen.

Der Fall bildet einen Übergang zu

Beobachtung XLV,

wo der tatsächlich zugrunde liegende Affekt noch mehr verschwiegen wird und als Geistesstörung in fast unkenntlicher Verkleidung auftritt.

Hermine P., 25 Jahre alt, katholisch, . . . gattin.

Vater der Patientin starb an Tuberkulose; keine Geschwister. Die Kranke seit jeher nervenschwach, anämisch, litt an Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, war aber in ihrem psychischen Verhalten normal, bis auf etwas Ängstlichkeit und Hypochondrie. Zwei Partus; der erste 1898 verlief normal; der zweite, eine schwere Geburt, hatte statt im August 1900. Patientin stillte das Kind bis zum 20. März 1901. Am 4. Juni desselben Jahres nahm die Frau Landaufenthalt; bis dahin war keine Veränderung in ihrem Wesen zu bemerken. Am 10. Juni plötzlich Depression; die Kranke begann um Verzeihung zu bitten, falls sie jemand beleidigt hätte, sie sehe jetzt erst ein, daß sie ihren Verwandten Unrecht tat. Sie sei leichtsinnig, habe zu viel Geld in ihrer Wirtschaft verbraucht; sie glaubte, ihre Kinder seien schwer krank. Am 11. Juni nachts wurde Patientin bewußtlos, hatte Schüttelkrämpfe, während welcher sie schrie. Den folgenden Tag weinte sie viel, erklärte, sie müsse sparen, wollte darum nach Wien keine Fahrgelegenheit benutzen. Sie klagte sich an, daß sie die Kinder umgebracht hätte, verlangte vom Manne, er solle sie töten und dadurch erlösen; sie wollte aus dem Coupéfenster springen, betete und flehte zu Gott, er möge ihr helfen. Die Nahrung wird nur zwangsweise genommen. Bei Ankunft in der Irrenanstalt am

15. Juni ist Patientin unruhig, drängt aus dem Bette. Sie zeigt ratlose Miene, bleibt kurze Zeit wie nachdenklich in einer Stellung, macht dann wieder hastige Bewegungen und abgerissene Bemerkungen in weinerlichem Tone: „Was fehlt mir denn eigentlich? Bin ich denn gesund? So erlösen Sie mich doch! Ich bitte . . . wenn . . . das . . . eines werde ich bitten . . . wenn . . . wenn . . . aber . . . bitte . . . bitte . . . jetzt . . . ich bitte vielmals, wenn irgend jemand . . ." Patientin verfolgt die Vorgänge der Umgebung mit ängstlichem Blicke, seufzt wiederholt auf, faltet die Hände. Durch Anrede ist sie nicht zu fixieren, gibt nur gelegentlich eine flüchtig hingeworfene kurze Antwort über ihre Generalien. Auf die Frage, ob sie etwas angestellt habe, antwortet sie: „Angestellt habe ich nichts, nur das eine bitte ich . . ."

17. Juni. Schlaf ungleichmäßig. Patientin bleibt reaktionslos bei Besuch des Mannes.

20. Juni. Etwas erregt, frägt weinend, ob sie sterben müsse, warum sie allein sei, ob ihr Mann nicht mehr komme, warum sie nicht nach Hause dürfe. Auf die Bemerkungen des Arztes geht die Kranke nicht ein.

21. Juni. Besorgt. Sie müsse eine gefährliche Krankheit haben, da man die Kinder nicht zu ihr lasse. Drängt ängstlich fort.

23. Juni. Tiefe Remission. Patientin, die tagsüber noch vollkommen ruhig war, zeigt gegen Abend Angst, will durchaus das Bett verlassen.

24. Juni. In weinerlicher Stimmung, frägt in endloser Wiederholung, wie lange sie hier bleiben müsse, warum sie nicht entlassen werde, was mit ihr geschehe usw.

27. Juni. Über Ausbleiben des Gatten beunruhigt, will wissen, ob derselbe eingesperrt oder gestorben sei.

3. Juli. Klar; die Verstimmung tritt zurück. Schlaf- und Nahrungsaufnahme gut; gelegentlich schreckhafte Träume.

4. Juli. Abends vorübergehend ängstlich: Sie müsse die Kinder retten, da sie verbrennen.

5. Juli. Schmerzlich: Sie werde verbrannt.

11. Juli. Ziemlich geordnet, ruhig.

20. Juli. Patientin ganz einsichtslos für ihre Lage, will blind fort, schläft wenig.

26. Juli. Schwer zu fixieren; in ihre Antwort drängen sich flehentliche Worte, die einförmig im selben Tonfall wiederholt werden: „Ich bitte Herr Doktor! Zu den Kindern! Ich möchte zu meinem Mann!" Häufig beachtet sie Ansprache überhaupt nicht, beginnt 30mal den Satz: „Ich möchte ersuchen, Herr Doktor ..." Später bezeichnet sie sich als traurig und krank. *Sie habe gesündigt*, verdiene eine Strafe. Mitten in der Stirne an der Haargrenze ein Hautinfiltrat, das durch Kratzen entstanden ist.

16. August. Patientin, die letzter Zeit ruhiger gewesen ist, sich auch nicht mehr gekratzt hat, zeigt heute wieder stärkere ängstliche Erregung, steigt auf die Tische, um zum Fenster hinauszusehen, drängt fort.

4. September. Sehr unruhig, will nach Hause, wird gegen die Wärterin aggressiv, kratzt sich, bis sie blutet; muß beschränkt werden.

8. September. Gegen Revers dem Manne übergeben; zeigte bei Ankunft in ihrem Heim große Freude, lachte viel, war über das gute Aussehen ihrer Kinder sehr erfreut; doch mußte sie öfters nachdenken, um beim Sprechen das Richtige zu finden; sie erkannte manche ihrer guten Bekannten erst nach einiger Zeit. Die Nacht verlief ohne Schlaf, die Kranke blieb aber im Bette. Des Morgens ruhelos; sie konnte trotz besten Willens nichts arbeiten. Die Unruhe wurde immer größer, nach den verschiedensten Personen und Gegenständen wurde ein ungestümes Verlangen geäußert, schließlich lief Patientin aus der Wohnung, um die Kinder zu sehen, die bei einer befreundeten Familie anwesend waren. Das Interesse an dem verlangten Gegenstande verschwand aber immer momentan. Gegen Abend wurde sie so verwirrt, daß sie zeitweise ihren Mann verkannte. Nahrungsaufnahme erfolgte nur auf vieles Zureden. Während der Nacht stand sie mehrmals auf wollte weggehen, das Fenster öffnen, um sich hinabzustürzen. In der Früh (10.) mußte sie in die Anstalt zurückgebracht werden.

16. September. Vegetative Funktionen in Ordnung. Patientin schläft ausgiebig. Psychisch ist der Zustand stationär. Vorstellungskreis außerordentlich eingeengt, schwächliches Heimverlangen. Masturbation seit einigen Tagen. Man erfährt, daß ihrem Manne Diäten gestrichen wurden, was die Patientin angeblich sehr gekränkt habe.

24. September. Ängstlich, weint, zeigt dabei erotisches Gebaren. Bei eindringlichem Fragen gibt sie Tag und Monat richtig an. Sie weiß sich in

der Irrenanstalt, sei aber ungerecht hereingekommen; sie tat ja niemand etwas zuleide, hätte nie etwas im Kopfe. Ohne gefragt zu werden, versichert sie, sie sei christkatholisch, habe zwei Kinder und einen Mann, mit dem sie gut lebe. Retrospektiv gute Erinnerung; erklärt sich nochmals nachdrücklich für gesund; sie wolle sich das Leben nicht nehmen, als Mutter müsse sie zu den Kindern. Gravidität im siebenten Monate.

26. September. Jammert stets, wolle nach Hause.

28. September. Heute von einer toten Frucht entbunden.

28. Oktober. Unverändert gegen Revers entlassen.

Zu Hause verhielt sie sich bis zum 23. Dezember vollkommen normal. Von diesem Zeitpunkte an wurde sie verstimmt, erkannte Gatten und Kinder nicht, irrte wie verloren in der Wohnung herum, weinte viel, war schlaflos, verweigerte die Nahrungsaufnahme.

31. Dezember. Bei der neuerlichen Internierung weinerlich, schwer fixierbar; sie reagiert auf Fragen zunächst sehr wenig oder wiederholt dieselben. Doch ist sie örtlich und zeitlich orientiert.

2. Jänner 1902. Als Ursache ihrer Einbringung gibt die Kranke an, daß sie „hereingeführt worden sei“. Während sie die Generalien prompt und richtig herunterzählt, Gedächtnisfragen nicht schlecht beantwortet, ist es doch schwer, das Examen fortzuführen, da Patientin den Fragenden und auch sich selbst stets unterbricht, indem sie weinend zu Mann und Kindern verlangt. Hier könne sie nicht bleiben, sie sei ja christkatholisch. In welchem Gegensatze die psychiatrische Klinik zum christkatholischen Glauben steht, ist nicht zu ergründen.

3. Jänner. Patientin verlangt stets und von jedermann, er solle sie gleich mit fortnehmen. Behauptet heute, ihren Mann sprechen zu hören.

6. Jänner. Sehr ängstlich, die stereotype Bitte wird mit gefalteten Händen wiederholt.

12. Jänner. Onaniert viel. Antwortet auf jede Frage: „Was?“ erklärt dann, sie sei christkatholisch und gehöre deshalb nicht hierher; kniet vor dem Arzte nieder.

16. Jänner. Arbeitet sich auf verschiedene Weise aus dem Gitterbett heraus, scheint die Umgebung nicht zu erkennen.

24. Jänner. Gesichtsausdruck weniger ängstlich. Patientin örtlich und zeitlich nicht orientiert, verweigert die körperliche Untersuchung. Läuft bittend der Visite nach.

28. Jänner. Weiß, daß sie sich in der Irrenanstalt befindet, um gesund zu werden. Sie gibt jedoch nicht zu, daß sie krank sei. Beschäftigt sich mit Handarbeit.

6. Februar. Kennt alle Personen ihrer Umgebung mit Namen; drängt die ganze Zeit über hinaus.

16. Februar. Stark depressiver Affekt, masturbiert, läßt sich ausspeisen.

20. März. Seit einigen Tagen wesentlich besser, verläßt das Bett, kleidet sich an, verlangt nach einer Arbeit. Greift Worte aus der Umgebung auf.

24. März. Auffallend klar, ist zu einem Gespräche zu bringen.

26. März. In Affektmittellage, strickt; unterbricht aber jedes Examen mit der stereotypen Bitte um Entlassung.

28. März. Das letzter Zeit im großen und ganzen geordnete Verhalten der Patientin wird heute jäh durchbrochen, indem sie gegen eine Mitkranke aggressiv wird. Zur Rede gestellt, hält sie auch Widerspruch gegenüber daran fest, daß sie beschimpft und bedroht worden sei.

29. März. Ruhig.

30. März. Morgens wie verwirrt, beklagt sich, daß man sie bedrohe; muß ins Gitterbett gebracht werden. Beim Examen wiederholt sie die Fragen, beantwortet dieselben nicht; sie kenne sich nicht aus.

31. März. Von läppischer Heiterkeit.

1. April. Ängstlich, muß zum Essen genötigt werden, unrein mit Kot, schlaflos.

10. April. Allmähliche Beruhigung.

16. April. Sehr gesprächig, zeigt einen merkwürdigen Sigmatismus, behauptet, sie könne wegen der verordneten Eisenpillen nicht sprechen, da diese ihr den Mund zusammengezogen haben.

21. April. Patientin wieder außer Bett, beschäftigt sich, stößt beim Sprechen immer noch mit der Zunge an.

23. April. Ganz geordnet, besucht den Vorgarten; angelegentliche Gespräche mit ihren Angehörigen.

25. April. Abends durch längere Zeit Monologe; schläft wenig.

Durch eine Verwandte auf einen bis nun unbekannten Umstand aufmerksam gemacht, hielt ich am

27. April eine ausführliche Besprechung ab. Patientin erzählt, daß sie im Jahre 1897 den evangelischen Mann heiratete, schon damals wegen der Glaubensdifferenz schwere Seelenkämpfe bestand und viel geweint habe. Bezüglich der Konfession der Kinder wurde kein Revers ausgestellt. Das erste, ein Mädchen, wurde katholisch, das zweite, ein Knabe, auf ihr dringendes Bitten ebenfalls katholisch getauft, trotzdem er der Konfession des Vaters hätte folgen sollen. Die Kranke ging fleißig beichten. Es wurde verlangt, daß sie ihren Mann zum Übertritte bewege und daß sie sich nochmals katholisch trauen lassen sollte. Sie fürchtete, wenn sie sterbe, kein kirchliches Begräbnis zu erhalten; man sagte, ihre Ziviltrauung sei weder im Himmel noch auch staatlich gültig; ihre Stellung und Pension stand auf dem Spiele; dies alles um so mehr, da der Beichtvater allmächtiger Gebieter im Hause war und die Brotgeber ihres Mannes vollkommen unter seinem Einflusse standen. Ihre Gemütsbewegungen wurden durch das lebhafte Andringen des Geistlichen ungemessen gesteigert; unmittelbar anschließend an eine Zurechtweisung im Beichtstuhle, daß sie im Konkubinate lebe, die ewige Seligkeit aufs Spiel setze, brach ihre Krankheit aus. All das wird in lebhafter zusammenhängender Diktion und sehr affektvoll vorgebracht. Es hat die Patientin ihrem Geständnisse nach auch die ganze Zeit über beschäftigt.

1. Mai. Durchaus geordnet im Verhalten, guter Laune. Über die einzelnen Symptome der abgelaufenen Erkrankung ist nichts Rechtes zu erfahren; Patientin weiß nur, daß sie traurig war, im Gitterbette lag, ohne ihr Verhalten motivieren zu können. Vom

5. Mai an beurlaubt.

21. Mai. Bestätigt alle Angaben vom 27. April. Seit jener Beichte hatte sie nirgends Ruhe, bezog alles auf sich. Keine Sinnestäuschungen. Jetzt fühlt sie sich vollkommen gesund. Entlassung.

Ausdrücklich sei bemerkt, daß hier die Diagnose auf Hysterie anfangs gar nicht gestellt werden konnte, weil das Allerwichtigste, der Ausgangspunkt von der Patientin unterdrückt, von den Angehörigen aus gewissen Motiven nicht berührt wurde. Bei genauerer Durchsicht der Krankengeschichte läßt sich indessen eine Reihe von Details herausfinden, welche in Beziehung

stehen zu den herrschenden, unausgesprochenen Vorstellungsgruppen. Vielleicht hätte man die Patientin schon früher dazu gebracht, sich zu offenbaren; markante Stellen in der Krankengeschichte wurden durch gesperrten Druck hervorgehoben; an vielen anderen Orten noch kann man Anklänge konstruieren.

Wie die Ärzte erst am Schlusse erfahren, erkrankt die Frau unmittelbar, nachdem ihrem Gewissen hart zugesetzt worden war; sie rezidiviert natürlich im Anschlusse an eine Gravidität, welche eine für ihr schwaches Gemüt unlösbare Komplikation darstellt. Ihre Seele ist in Gefahr; um die jedes neugeborenen Kindes muß sie erst kämpfen. Ihre Kinder sind unehelich, Produkte der Sünde, so sagte ja ihre geistliche Autorität. Daß phantasiereiche Individuen nach einer Predigt über die ewige Verdammnis in ihrem seelischen Gleichgewicht gestört werden können, dafür liegen Beobachtungen vor; die hysterische Persönlichkeit reagiert mit einer Hysterie, die Gewissensangst wird scheinbar zu einer Melancholie mit Selbstanklagen, allerlei grundlosen Befürchtungen, geht aber der wahren Ursache ihrer Verstimmung aus dem Wege. Hier liegt die Konversion. Der psychogene Krankheitsprozeß wird durch einen Krampfanfall eingeleitet, durch allerlei kleine Details, Dämmerzustände, Stottern, näher illustriert. Die Entlassungsversuche schlagen fehl, da die alte Umgebung und die Ungeklärtheit der Situation ein neuerliches Aufflammen der Verstimmung bewirken. Endlich sprechen die Besuche mit der Patientin vernünftig. Die Überzeugung des Mannes ist nach vergeblichem Kampfe ins Wanken gekommen; er gibt offiziell nach und ist bereit, seinen Glauben zu wechseln. Patientin wird freier und nachdem es sicher ist, daß er nicht ums Brot kommt und sie nicht um die ewige Seeligkeit, wird sie unvermittelt vollkommen gesund. Man sieht also einen Affekt verdrängt durch seine Zerrbilder, melancholische Zustände mit Wahnideen und körperlichen Störungen, eine vollausgesprochene hysterische Psychose.

VI. Differentialdiagnose.

Das Kapitel beschäftigt sich ausschließlich mit der Abgrenzung der hysterischen von den anderen Psychosen des Systems. Auf die Differenzierung der als Neurose verkleideten Hysterie gegen organische Erkrankungen kann nicht eingegangen werden.

Es besteht eine Meinungsdifferenz, inwieweit die bei Hysterischen beobachteten Störungen der Psyche von der Hysterie abzuleiten seien, inwieweit sie der gleichzeitigen Degeneration entstammen. Mit Joffroy wird im vorliegenden die Ansicht vertreten, Hysterie ist eine der Formen der Degeneration. Grundlage derselben ist der hysterische Charakter, ihre elementarste Äußerung der klassische Anfall. Die Bezeichnung hysterisch wird für alle Symptome beizubehalten sein, welche direkt oder indirekt mit dem in Beziehung stehen, was man allgemein als Hysterie anerkennt. Die Diagnose der hysterischen Geistesstörung entscheidet sich somit ausschließlich dadurch, daß der veränderte Seelenzustand aus den Grundelementen des hysterischen Charakters oder des deliranten Anfalles sich ableiten läßt. Leicht ist die Sache, soweit die Psychosen im Paroxysmus selbst auftreten, eingerahmt von Anfällen, mit hysterischen Konvulsionen durchsetzt. Schwieriger, wenn ihre Wesensgleichheit zu prüfen, zu fordern ist, daß sie dieselben Gesetze erkennen lassen wie die anfallsweisen Störungen oder die Steigerungen des hysterischen Charakters. Die Psychogenie verrät sich dadurch, daß immer ein beherrschendes Gefühlsmoment, zum mindesten das der eigenen Unzulänglichkeit, in Krankheitserscheinungen sich umsetzt.

Die Psychosen der Hysterie sind ungemein vielgestaltig, in ihrer Symptomatologie noch weniger übersichtlich dadurch, daß sie nach der Persönlichkeit wechseln; die der Kinder, die der Frauen gleichen nicht denen der Männer. Man findet bedeutende Unterschiede nach Ort und Zeit, nach Milieu und Rasse. Insofern wird stets der subjektiven Beurteilung eines Falles ein weiter Spielraum bleiben: ein Moment, welches die großen Differenzen erklären kann, die bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens hysterischer Geistesstörungen in der Literatur gehen. Das andere Moment liegt auf Seite der Kliniker, in der verschiedenen Definition und Umgrenzung des Begriffes, worüber im ersten Kapitel schon gesprochen wurde. Während Fürstner z. B. am Heidelberger Material 13·8 Prozent hysterischer Psychosen sah, konstatierte sein Nach-

folger Kraepelin am gleichen Materiale deren nur mehr 1·5 Prozent. Diese beiden Zahlen zeigen, daß augenblicklich jede umfassendere Statistik über hysterische Geistesstörungen aussichtslos ist. Im vorstehenden dürfte der Begriff ziemlich enge umschrieben sein, es wurde vieles nicht mehr zur Hysterie gerechnet, was Schüle, Wernicke, Ziehen u. a. Hysterie nennen; trotzdem konnte an der Wiener psychiatrischen Klinik in relativ kurzer Zeit eine erkleckliche Anzahl von Krankheitsfällen dieser Art beobachtet werden: Während der letzten 3 Semester (1. Oktober 1902 bis 31. März 1904) unter 1135 weiblichen Abgängen (die Statistik ist nach dem Abgangsprotokolle gemacht) 126 Fälle = 11·1 Prozent; unter 1723 männlichen Abgängen 38 Fälle = 2·2 Prozent; zusammen unter 2858 Patienten 164 = 5·7 Prozent Hysterische. Die Diagnose ist somit nicht nur eine wichtige sondern auch, wenigstens an Beobachtungsstationen, unter den weiblichen Aufnahmen eine ziemlich häufige; zumal berücksichtigt werden muß, daß auch offenkundig geisteskranke Hysterische, solange sie nicht übermäßig laut oder gar gemeingefährlich werden, in häuslichen Verhältnissen oder auf internen Abteilungen verpflegt werden.

Bevor all das übersichtlich zusammengestellt werden kann, was als Behelf für die Diagnose gilt, muß der Begriff der hysterischen Seelenstörung in seiner ganzen Reinheit erfaßt und darum zunächst die prinzipielle Frage erörtert werden, wie es sich denn eigentlich mit der Kombination von Hysterie und anderen Psychosen verhält. Eine solche Kombination wurde von den verschiedensten Seiten behauptet und als selbstverständlich betrachtet. Ja man wußte bei komplizierten Krankheitsfällen ganz genau zu sondern; man rechnete die vorübergehenden, veränderlichen Symptome zur Hysterie, die anderen zur grundlegenden Psychose und komplizierte die Statistik durch eine Hysteromelancholie, -manie, -paranoia, -epilepsie, -hypochondrie, -neurasthenie usw. Aber nicht genug damit, es ging noch weiter. Man unterschied zwischen einer Hysteromelancholie und einer Melancholie mit hysterischen Zügen, zwischen mehreren Formen der hysterischen Paranoia.

Gerade in jüngster Zeit nehmen Kraepelin und Nissl in entschiedenster Weise dagegen Stellung, daß man Symptomenkomplexe, in welchen ausgeprägte Zeichen zweier verschiedener Krankheitsbilder gleichzeitig zutage treten, ohne weiteres durch die Annahme zweier verschiedener, gleichzeitig einhergehender Prozesse erklären wolle; nie seien einzelne Krankheitszeichen maßgebend und wären sie noch so deutlich ausgeprägt, sondern immer nur der Verlauf. Über den Standpunkt des Praktikers setzt man sich damit wohl etwas hinaus: denn woraus soll die Hysterie diagnostiziert werden, wenn nicht aus ihren Symptomen? Für die wissenschaftliche Forschung ist jener Weg aber unzweifelhaft der einzig richtige. Man nimmt ganze Biographien vor und wertet an der Hand des Verlaufes die einzelnen Krankheitsäußerungen. Wenn so ge-

zeigt werden kann, daß kein einziges Symptom für die Diagnose „Hysterie“ einen absoluten Wert hat, so ist eine Erfahrung, die man in allen Disziplinen der Medizin anzuerkennen gezwungen ist, nun auch auf die Psychiatrie ausgedehnt.

Tatsächlich sind gar nicht selten Bilder anzutreffen — auch die Wiener Klinik verfügt über eine größere Anzahl einschlägiger Fälle — wo das Verhalten ganz hysterisch erscheint, wo sogar Krämpfe auftreten, welche psychogen aussehen, und doch ergibt die genaue Durchforschung der Anamnese keinen Anhaltspunkt für Hysterie; der weitere Verlauf bringt die Sicherheit, daß es z. B. um Hebephrenie oder gar um ein Fieberdelirium bei einem an Pneumonie erkrankten Säufer sich handelt. Einzelne Autoren, die symptomatologisch betrachten, sprechen in dem erstangeführten Beispiele davon, daß aus einer Hysterie eine Hebephrenie geworden sei, oder sie unterscheiden ein hysterisches Vorstadium der Hebephrenie, wenn sie nicht gar eine Kombination der beiden Krankheiten diagnostizieren, wozu aber wohl kein ausreichender Grund vorliegt. Unverbindlich ausgedrückt müßte man sagen, daß hysteriforme Symptome, die natürlich im Verlaufe der Hysterie beobachtet werden, auch bei anderen Psychosen vorkommen. Dieselben erscheinen sogar in einer ziemlichen Häufigkeit bei bestimmten Typen geistiger Erkrankung. Weder ein Druckpunkt, noch Unempfindlichkeit, seelischer Rapport mit der Umgebung, eine gewisse Beeinflußbarkeit durch äußere Eindrücke, pathologisches Lügen und ähnliches machen das Wesen der Hysterie aus, die sich ja in den verschiedensten Richtungen mehr quantitativ herausdifferenziert. Gemütliche Traumen sind in vielen Fällen bald erhoben, namentlich bei jungen Mädchen: die logische Entwicklung aber aus dem äußeren Anlasse, der hysterische Charakter fehlt, und der weitere Verlauf muß es rechtfertigen, daß man gegebenenfalls die Diagnose Hysterie am besten ganz beiseite läßt, statt aus dem vorübergehenden Vorkommen mehrdeutiger Symptome eine Kombination zweier ganz verschiedener Psychosen anzunehmen, deren eine die sonst so wohlcharakterisierte Hysterie ist.

Es schien nicht nur von methodologischer, sondern auch von sachlicher Wichtigkeit, in jedem zu beurteilenden Falle geistiger Erkrankung eine Diagnose nach dem System zu stellen statt die Symptome zu umschreiben. Bei klaren Abgrenzungen ist dies wohl auch allgemein anerkannt. Wenn man eine tieftraurig verstimmte Patientin vor sich sieht, die nur sehr gehemmt, widerwillig antwortet, einen Verfolgungswahn erraten läßt, so wird oft durch Wochen die Diagnose zwischen Melancholie und beginnender Paranoia schwanken. Man wird sich schließlich nach dem Verlaufe aber bestimmt für das eine oder das andere entscheiden können, sich nicht veranlaßt fühlen, aus dem Zusammenvorkommen von Depression und Verfolgungsideen eine kombinierte Psychose zu behaupten.

Und sowie Depression einerseits, Verfolgungswahn andererseits eigentlich bei allen Formen psychischer Erkrankung angetroffen werden können, so finden sich auch Widersprüche gelegentlich bei verschiedenen Psychosen nicht nur bei Hysterie. All das sind nur Symptome; das Bestreben des Arztes muß vielmehr darauf gerichtet sein, den Fall in seiner Gänze dem klinischen Schema einzuordnen und wenn das nicht gelingt, das Schema zu verbessern; denn durch Zwischen- und Mischformen wird es kompliziert, zugleich entwertet, beinahe ad absurdum geführt. Nur ersteres Vorgehen inaugnriert einen Fortschritt in der psychiatrischen Wissenschaft.

Indem nun die einzelnen Diagnosen, welche zu Verwechslung mit hysterischer Geistesstörung führen können, Revue passieren, sollen nicht nur die differential-diagnostischen Behelfe, sondern auch die Frage der Kombination mit Hysterie besprochen werden. Die Divergenz der Ansichten zwingt dazu, die theoretischen Erörterungen etwas reichlicher durch Krankengeschichten zu illustrieren; die Diagnose Hysterie ist übrigens nur am einzelnen Falle zu begründen.

Was die akuten Psychosen betrifft, so wurde kein einziger Kasus angetroffen, in welchem nicht die Alternative zu entscheiden gewesen wäre, Hysterie oder akute Psychose.

Relativ selten geht die Melancholie als traurige Verstimmung unmittelbar aus einem psychischen Trauma hervor; es herrscht psychische und psychomotorische Hemmung. Im Gegensatze zu diesen eintönigen, man möchte sagen, langweiligen Kranken sind die klinischen Bilder der hysterischen Depressionszustände wechselvoller, die Patientinnen vor allem viel wortreicher. Ohne daß Angst vorhanden wäre, äußern sie laut und aufdringlich ihre Selbstanklagen; sie sind an der eigenen Schuld gewissermaßen gesättigt; vorübergehend outrieren sie auch einen stummen Schmerz durch Händeringen und Haarausraufen Nie fehlt die hypochondrische Komponente. Hin und wieder blickt ein erhöhtes Selbstgefühl durch; sie beklagen sich, äußern Wünsche, Beschwerden, sind reizbar, reagieren mit pathologischen Affekten, Selbstmorddrohungen und -versuchen in Gegenwart des Arztes. Oder sie bekommen einen hysterischen Krampfanfall, diesen Ausdruck par excellence aller hysterischen Unlustgefühle überhaupt; sie sind in hohem Grade abhängig von äußeren Einflüssen, den Personen ihrer Umgebung; ganz plötzlich wechselt das Zustandsbild: es sind Hysterische.

In der Epikrise wird die Diagnose wohl immer leicht, da man den Aufbau der Krankheit überblickt; einem kurzen Abschnitte derselben gegenüber kann sie unmöglich sein. Schon bei den in Kapitel III wiedergegebenen Krankengeschichten wurde betont, daß die Hysterischen namentlich dem Arzte gegenüber das Bild der Melancholie überraschend getreu kopieren können — es heißt also, Beobachtungen aus der Ferne anstellen. Die Suggestibilität durch Ort und Zeit führt manchmal dazu, daß diese Patienten während des Aufenthaltes an einer bestimmten Klinik überhaupt

keine hysterischen Stigmen erkennen lassen, während sie unmittelbar vorher und nachher typisch hysterische Zustände darbieten: eine Eigenheit, die ebenso merkwürdig ist, als sie die Diagnose noch weiter erschwert. Insofern diese möglichst bald, eventuell einem Augenblicksbilde gegenüber gestellt werden soll, bleibt nichts übrig, als jene allgemeinen Leitsymptome zu suchen, welche die hysterischen Geistesstörungen begleiten. Alles, was sich über die sogenannten Stigmen aus Erfahrung sagen läßt, sei an späterer Stelle zusammengefaßt; jetzt möge nur an der Hand einer weiteren Beobachtung die psychologische Analyse auf ihre Entscheidungskraft hin angesehen werden. Ein Kasus, welcher den Ärzten der Irrenanstalt tatsächlich ziemliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereitete; nur das widerspruchsvolle Verhalten konnte für die Diagnose Hysterie verwendet werden; der Zusammenhalt der verschiedenen Krankengeschichten rechtfertigt die Augenblicksdiagnose.

Beobachtung XLVI.

Marie A., geboren 1853, verheiratet-getrennt, katholisch, Magd, wird als unbekannte Frauensperson N. N. wegen Phosphorvergiftung, „periodischer Amnesie und Verkennung der Umgebung" am 13. November 1894 auf die Beobachtungsstation gebracht. Hier ist die Patientin verstimmt, wenig zugänglich, klagt über allerlei Mißempfindungen, schläft mangelhaft.

18. November. Die Kranke wird freier, fühlt sich wohler, gibt zur Anamnese an: Stets guter Stimmung, eine kräftige, gesunde Person. 1885 Matrimonium. Sie wurde vom Manne hintergangen und in roher Weise mißhandelt, will keine glückliche Stunde mehr gehabt haben. Sie mußte selbst Geld verdienen, um ihr Leben zu fristen, kam körperlich herunter. Als sie die schwere Arbeit nicht mehr leisten konnte, verließ sie der Mann, nahm das 6jährige Kind mit (1891), lebe seither mit Konkubine. Patientin ging in Dienst, war sehr deprimiert, besonders weil sie ihr Kind nicht besuchen durfte, litt an häufigen Kopfschmerzen, Erregungszuständen während der Menses, Gefühl von Schwäche und Abgeschlagenheit, schlechtem Schlafe, schreckhaften Träumen, innerer Unruhe. Im Sommer 1892 bestand ein amnestischer Zustand von 8tägiger Dauer. Die Kranke befand sich in O., wußte nicht, wie sie dorthin geraten. Im Herbst 1893 ging sie mit Taedium vitae, dem Wunsch zu sterben vom Hause fort, irrte durch 3 Tage ohne Nahrung im Walde herum; gleichfalls Amnesie. Anfang Oktober 1894 wurde sie auf der Straße bewußtlos, gab dann im Spitale einen falschen Namen an. Am Tage der Entlassung erinnert sich die Kranke nach einer Auseinandersetzung mit einer Bekannten im Wirtshaus (Kaffee) gewesen zu sein; sie verließ dasselbe spät abends erregt, wollte in ihre frühere Wohnung. Sie weiß nicht was vorfiel, fand sich nach 2 Tagen neuerdings im Spital, wo sie erfuhr, daß sie einen Suicidversuch mit Phosphorzündhölzchen gemacht haben sollte.

Tremor der Finger; lebhafte Patellarsehnenreflexe. Starke Druckempfindlichkeit am Scheitel und an der ganzen Wirbelsäule sowie im Epigastrium.

28. November. Magenbeschwerden zurückgetreten. Patientin erholt sich zusehends; in Einklang mit dem somatischen Wohlbefinden steht das psychische Verhalten.

1. Dezember. Seit 3 Tagen ohne speziellen Anlaß wieder verstimmt. Schlaflos; Kopfschmerzen.

7. Dezember. Sehr deprimiert, unmutig, behauptet, sie sei ganz gesund. Klagt darüber, daß sie oft aufwache; dabei komme ihr vor, als ob jemand vor dem Bett stünde.

15. Dezember. Wegen beständiger Schmerzen im ganzen Leib verlangt die Kranke Gift, um sterben zu können.

21. Dezember. Plötzlich subjektives Wohlbefinden. Am

27. Dezember, 11. Jänner 1895 und 1. Februar für je einige Tage verstimmt, schlaflos, klagt über Angstgefühle. Nachts glaube sie wilde Leute zu sehen.

3. Februar. Über das Schreien einer andern im selben Zimmer befindlichen Kranken sehr aufgeregt; Kopfschmerz.

9. Februar. Andauernd verstimmt. Heute Mittag gerät sie mit einer sehr streitsüchtigen Genossin in einen Wortwechsel. Als bei der Abendvisite ihre Gegnerin sich beim Arzte über sie beklagte, kommt Patientin in maßlosen Zorn, ergreift einen Sessel und schleudert ihn auf den Boden, so daß er zerbricht. Am

1. März 1895 in die zuständige Irrenanstalt übersetzt. Am

29. Mai 1897 kommt sie als Marie Ansiber (ein falscher Name) zur Aufnahme mit folgenden Angaben: Seit 8 Tagen wiederholt Weinen ohne sichtlichen Anlaß; am 28. Mai bat sie um Verzeihung, versicherte, sie habe ja nichts angestellt, sprach vom schwarzen Teufel. Sie war weder über Zeit noch Ort orientiert, wußte nicht, wie alt ihr Kind sei, noch wo es sich befinde, erzählte hingegen, daß sie vor einem Jahre wegen eines Nervenleidens in Behandlung stand.

An der psychiatrischen Klinik ist Patientin klar, depressiver Stimmung, berichtet, sie sei Juni 1896 aus der Irrenanstalt L. entlassen worden, war seither im Dienst, leide periodisch an Zuständen von Verstimmung, Verzweiflung, Todesangst, heftigem Kopfschmerz, schwerem Müdigkeitsgefühl. Dauer immer nur einige Tage. — Foetor alcoholicus ex ore.

Sie gibt Genuß von Rum zu, trinke aber nur innerhalb der Depressionszustände. — Druck auf die Scheitelhöhe, auf die Trigeminusstellen und die Wirbelsäule wird mit lebhafter, etwas affektierter Schmerzreaktion beantwortet. Keine Selbstanklagen.

30. Mai. Nachts guter Schlaf; der depressive Affekt ist völlig geschwunden; Patientin hat für die Überbringung Amnesie.

[illegible] Juni. Andauerndes Wohlbefinden. Die Kranke macht heute abweichende Angaben über ihre Kopfschmerzen, dahingehend, daß dieselben ungefähr allmonatlich einmal auftreten, 2—3 Tage dauern, öfters dabei Erbrechen; Ende mit Schlaf. So war es auch diesmal vor der Einbringung, für welche die Amnesie festgehalten wird. Geheilt entlassen. Am

20. Mai 1899, $^1/_2$2 Uhr nachts, wird sie als unbekannte Frau bei einer nächtlichen Streifung arretiert; sie gerät in Erregung, beschimpft die Wachleute und verfällt schießlich in einen ohnmachtsähnlichen Zustand. Bei der Untersuchung am Kommissariate ist sie blaß, der Puls jedoch kräftig, die Kornealreflexe vorhanden. Die Kranke reagiert auf äußere Reize mit leichten Abwehrbewegungen, blinzelt öfter mit den Augen. Sich selbst überlassen, kauert sie bewegungslos in einer Ecke, gibt keine Auskunft. An der Klinik entkleidet sie sich selbst, schläft bis früh.

Morgens klar, traurig, dem Weinen nahe. Klagt über ihr Schicksal: die anderen Menschen seien so glücklich, über sie aber komme alle paar Wochen eine solche Angst, sie hätte nirgends Ruhe, müsse rennen und rennen. So

auch diesmal. Seit 14 Tagen habe sie nichts Rechtes mehr essen können, sich schwach gefühlt, von ihrer Dienstfrau nicht unbegründete Vorwürfe empfangen und sei entlassen worden. Am 19. Mai zirka 10 Uhr vormittags habe ihre Schwäche und Unruhe so überhand genommen, daß sie in die Apotheke ging, um etwas „Starkes". Sei heute hier erwacht; was mit ihr geschehen, wieviel Zeit dazwischen liege, davon habe sie keine Ahnung. Auf den Fuselgeruch ihres Atems aufmerksam gemacht, gibt sie die Möglichkeit zu, in ihrem elenden Zustande auch diesmal Schnaps getrunken zu haben, „nur damit sie von ihren Beschwerden befreit sei. Sie hätte sich lieber in die Donau werfen sollen." Patientin beteuert, daß sie keine Trinkerin sei. — Scheitel und Wirbelsäule sehr druckempfindlich; der Untersuchung wird Widerstand entgegengesetzt.

23. Mai. Die Kranke in mittlerer Stimmungslage, bezeichnet als auslösendes Moment des letzten Anfalles Streit mit ihrer Kollegin, von der sie eine Ohrfeige erhielt. Geheilt entlassen. Am

26. Mai wird sie von einem Sicherheitswachmanne aufs Kommissariat gebracht, weil sie am Donaukanalufer sitzend, ihre Schuhe ins Wasser warf und laut jammerte, daß sie auch hineinspringen müsse, weil ihr der Teufel stets im Genick sitze. Vor dem Amtsarzt ächzt und weint sie beständig, gibt jedoch präzise Antworten. Sie erzählt, daß sie bis vorgestern in der Beobachtungsstation war und dort durch ruhiges Verhalten ihre Entlassung zu erreichen suchte, um einen Selbstmord begehen zu können. Wegen ihres Kopfleidens behalte man sie nicht im Dienste; deshalb und weil sie nirgends Ruhe finde und oft nicht wisse, was sie tue, wolle sie sich umbringen. Sie habe nachmittags die Lösung einiger Päckchen Phosphorzündhölzchen getrunken, spürte jedoch keine Wirkung davon und versuchte daher ins Wasser zu springen. Man solle mit ihr machen, was man wolle, sie werde sich schon umzubringen wissen. Patientin erweckt durch ihr ganzes Benehmen den Eindruck einer Simulantin. Es wird noch eruiert, daß sie am 24. d. M. vormittags einem Dienstmann ihre Effekten übergab und diesem ihre Selbstmordabsichten mitteilte.

An der Beobachtungsstation aufgeregt aber klar. Sie sei ziellos umhergeirrt, ohne zu essen, trank nur etwas Branntwein. Summarische Erinnerung an den Selbstmordversuch: Männer standen um sie und sagten, „eine Besoffene". Es sei Tag gewesen, als man sie ins Spital brachte (de facto $^1/_2$1 Uhr nachts).

28. Mai. Andauernd verzweifelt; sie könne nicht leben. Kein Ikterus, Leber nicht druckempfindlich. Am

30. Mai kommt Patientin an die Klinik in der Irrenanstalt ruhig, deprimiert.

1. Juni. Mit Tränen in den Augen gibt sie etwas zurückhaltend, aber geordnet Auskunft. Seit einer Influenza vor 8 Jahren laboriere sie an einem Leiden, das in periodisch auftretenden, zirka 3wöchentlichen Hemmungszuständen mit ängstlicher Aufregung sich äußere, so daß sie zu keiner Arbeit fähig sei. Sie stehe dann ratlos da, wisse nichts anzufassen. Diese Zustände wechseln mit mehrwöchentlichen Perioden ab, in denen sie sich mit großem Fleiß und großer Ausdauer bei der Arbeit betätige. Immerhin habe sie keinen längeren Posten behaupten können, es wurde ihr überall gekündigt, so daß sie sich entschlossen habe, aus dem Leben zu scheiden. Zu den Zeiten, da sie krank war, habe sie, um auf ihren Zustand zu vergessen, getrunken. Patientin klagt über Kopfschmerz. — Große Klopfempfindlichkeit des Schädels, massenhaft Druckpunkte, Ovarie und allgemeine Hyperästhesie.

13. Juni. Patientin gedrückt, hält sich abseits, spricht in klagendem Tone, beschäftigt sich nicht.

15. Juni. Sehr ängstlich, erklärt, sie könne hier nicht bleiben, das Summen nicht anhören; die Kranken seien lauter Teufel; will zum Fenster hinausspringen.

20. Juni. Ruhiger, beschäftigt sich etwas. Ihre Depression, namentlich zur Zeit der Visite, macht den Eindruck der Übertreibung. Zahlreiche Druckpunkte.

4. Juli. Die Verstimmung trägt immer deutlicher die Züge des Gemachten. Je länger man sich mit der Kranken beschäftigt, um so reichlicher fließen die Tränen, während sie sonst durchaus nicht wie eine Melancholie sich verhält.

19. Juli. Patientin wiederholt durch längere Zeit in monotoner Weise die Angabe, sie sehe in der Nacht Teufel, ohne darauf irgendwie zu reagieren; zu einer gröberen Arbeit ist sie nicht zu bringen.

20. Juli. Bei der neuerlichen gerichtsärztlichen Untersuchung benimmt sich die Kranke sehr auffällig. Da Zweifel über ihre Halluzinationen geäußert werden, spielt sie die Beleidigte, wird empört. Als geheilt am 21. Juli 1899 aus der Klinik entlassen.

Erst nach zwei Jahren (!) am 15. Juni 1901 wird sie neuerlich eingebracht. Sie äußerte die Absicht sich zu töten, soll Phosphor eingenommen haben, weshalb man ihr im Spital den Magen auspumpte. Da sie nicht bleiben wollte und irre sprach, übergab man sie dem Polizeikommissariat. Dort weint sie, klagt, daß sie unheilbar krank sei, ein Kopf- und Herzleiden habe, daß ihr überhaupt niemand helfen könne. An die Klinik kommt Patientin mit einem traurigen verzweifelten Gesichte; ist sehr zurückhaltend in ihren Antworten; sie kenne sich nicht aus, erinnere sich nicht, was sie tat und was mit ihr geschah. Weiß zuerst nicht einmal die Tageszeit, nennt sie dann, als man ihr sagt, daß sie sie wissen müsse. — Kein Phosphorgeruch; keine Anzeichen von Vergiftung.

18. Juni. Während des Examens schwimmen die Augen wiederum in Tränen. Potus stellt sie zuerst in Abrede, gibt ihn dann für die letzte Zeit zu. — Linksseitige Hyperästhesie, Druckpunkte an der Wirbelsäule und interkostal, Ovarie.

2. Juli. Die Kranke bietet genau dasselbe Verhalten wie das erstemal: über Beschluß der gerichtsärztlichen Kommission entlassen. Am

14. November nachts wird sie herumirrend, weinend angetroffen, scheint wenig orientiert, erzählt aber, daß sie vor Jahren in der psychiatrischen Klinik interniert war. Sie habe ihren Dienstplatz verlassen, da eine furchtbare Angst und Aufregung sie überkommen habe. Die letzten Tage und Nächte brachte sie am flachen Lande zu, in der Absicht, durch Erfrieren ihr Leben zu enden.

16. November. Patientin seit der Überbringung sehr gedrückter Stimmung, gibt auf Fragen geordnet Auskunft, klagt über unerträgliche innere Unruhe, wie wenn sie gejagt würde; sei außerstande ihren Zustand zu überwinden, habe die Empfindung, als ob ihr Kopf zerspringen müßte, schlafe unerquicklich und erschrecke fort. Sie sei vergeßlich, nicht mehr ordentlich arbeitsfähig, anerkennt bereitwillig ihren Zustand als Krankheit. Die Klagen sind übrigens noch nicht zu Ende. Sie sei ohne Appetit, es schmecke ihr alles wie Stroh, sie finde an nichts Freude, sei lebensüberdrüssig. Menses zessieren seit einem Jahre. Summarische Erinnerung ihrer Irrfahrt; habe gar nicht auf die Gegend geblickt und nur gesucht, den Menschen auszuweichen. Aversion gegen Alkoholica wird behauptet!

18. November. Erklärt, daß Verstimmung und Angst fast vollständig geschwunden seien; ergänzt die Anamnese dahin, daß sie schon vor 1885 durch mehrere Jahre an Ohnmachtsanfällen gelitten habe, die etwa alle 8—14 Tage auftraten, mit einem Schreck in Zusammenhang gebracht werden. Beginn dieser Anfälle mit Schwindel, dann Bewußtseinsverlust durch einige Minuten, während dessen saß sie ruhig am Sessel. Am

22. November geheilt entlassen. Am

24. April 1902 wird sie um die Mittagsstunde in anscheinend bewußtlosem Zustande auf einer Wiese liegend aufgefunden und da sie nach dem Erwecken Selbstmordabsichten äußert, aufs Amt gebracht. Hier verweigert sie anfänglich jede Auskunft; später behauptet sie, an Aufregungszuständen zu leiden, weil ihr Mann mit anderen lebe; sei wiederholt in der Irrenanstalt interniert gewesen. Patientin verwahrt sich dagegen, eine Trinkerin zu sein, verbreitet aber einen starken Alkoholgeruch. Nach Aufnahme an der Klinik ruhig, schläft des Nachts.

25. April. Beim Examen weinerlich, versinkt in trübes Vorsichhinbrüten, muß zu jeder Mitteilung stimuliert werden. Die Kranke erkennt die Örtlichkeit, nennt als Jahreszahl 1891, lehnt es wegen „Kopfschmerz" ab, über die Frage nachzudenken. Sie sei wegen Vergeßlichkeit aus dem letzten Dienstplatz enlassen worden, wanderte mit Kopfschmerz und tief verstimmt tagelang in den Straßen herum, habe mangelhafte Erinnerung. Hyperalgesie gegen Druck fast am ganzen Körper. Am

6. Mai geheilt entlassen.

Hysterische Zustände, Bewußtseinslücken, Anfälle gehen durch Jahre voran. Schon bei der ersten Depression stimmt einiges nicht zur Diagnose Melancholie, so z. B. der maßlose Zornaffekt als Antwort auf die gerechtfertigte Beschwerde einer Mitkranken. Daß eine Melancholica einen Sessel zu Boden schleudert, könnte man sich nur als Verzweiflungsausbruch bei getrübtem Bewußtsein vorstellen. Wie Patientin das erstemal namenlos, kommt sie das zweitemal mit einem falschen Namen zur Aufnahme. Diesmal ist an dem hysterischen Dämmerzustande nicht zu zweifeln. Die Kranke weiß nur, daß sie nervenleidend und in Spitalsbehandlung gestanden sei. Als sie das drittemal alkoholisiert eingeliefert wird, kennt man sie schon und entläßt sie nach drei Tagen, worauf sie mit der Komödie am Donaukanalufer antwortet, die ihre Entlassung, auch nach Ablauf der geistigen Störungen, für die Zukunft erschweren soll. Indes die Unehrlichkeit dieses Suicids steht außer Zweifel. Jemand, der sich umbringen will, setzt sich doch nicht am hellichten Tage auf eine belebte Uferpromenade, zieht gemächlich seine Schuhe aus und wirft sie unter lautem Jammern ins Wasser. Sie hatte übrigens schon vorher allen möglichen Leuten angekündigt, daß sie sich töten wolle — ohne den gewünschten Erfolg. Erst jetzt bringt man sie in die Irrenanstalt.

Hier erfährt man nichts von hysterischen Antezedentien, hört von einer früher fleißigen Person, die im Anschlusse an eine Influenza periodische Depressionen, Lebensüberdruß und Hemmung darbietet; nun scheint ein Dauerzustand da zu sein. Welcher Gedanke wäre näherliegend als Melancholie? Die Diagnose ist praktisch wichtig, insofern man bei diesen Leuten nichts riskiert. Die Patientin läßt die glänzendsten Gelegenheiten sich umzubringen verstreichen; selbstmordsüchtig wird sie erst in sicherem Gewahrsam. Sie droht wohl auch nur, denn man fand nie ein objektives Symptom von Phosphorvergiftung an ihr. Die Magenausspülungen im Spitale scheinen der Kranken

so unangenehm, daß sie sich sofort in die Irrenanstalt verlangt, wo man sie mit derartigen Eingriffen verschont. Hier hat Entlassung noch den bestmöglichen Erfolg. Patientin lügt eine solche Zwangsentlassung in Genesung um, sie versucht es mit körperlichen Störungen und als sie auch damit nicht reussiert, ebensowenig in der Versorgung zurückbehalten wird, betrachtet sie sich als gesund und geht wieder in Dienst.

Die Differentialdiagnose gegen menstruelles Irresein, das anfangs denkbar wäre, ist dadurch entschieden, daß der Rhythmus nicht eingehalten wird, die Psychose das Klimakterium überdauert. Auch Alkoholmißbrauch spielt eine Rolle. Ein Teil der übergroßen Rührseligkeit ist gewiß auf Rechnung dieses Giftes zu setzen. Selbst an Dipsomanie wird man erinnert; doch ist hervorzuheben, daß die Krankheitsschilderungen der Patientin weder untereinander, noch mit den tatsächlich beobachteten übereinstimmen — der Kopfschmerz wird bald als Migräne, bald dauernd beschrieben — daß die vielen Widersprüche im Benehmen bei jedem Unbefangenen den Eindruck von Simulation erweckten, daß von der geklagten Angst und Unruhe gar nichts zu bemerken war. Der Kranken unbewußte Stigmen, dazu Krankheitseinsicht für nicht vorhandene Störungen: das beweist die Hysterie.

Ebenso kommen bei Hysterie manisch gefärbte Zustandsbilder vor, welche sich von der sehr seltenen Manie (Tobsucht), wie von den Anfällen der periodischen Manie durch das Fehlen von Ideenflucht und Beschäftigungsdrang unterscheiden, immer etwas Gemachtes an sich tragen, da die Hysterischen vorwiegend in Reminiszenzen arbeiten, Gefühlsausbrüche übertreiben, schimpfen, zerstören, aber eigentlich nicht produktiv sind. Die Hysterie knüpft an einen äußeren Anlaß, bietet nicht den regelmäßigen, immer in gleicher Weise sich wiederholenden Verlauf, den man bei periodischer Manie beobachtet. Wird hinterher Amnesie behauptet, so bestätigt das die Diagnose Hysterie, weil die Manischen sich ausgezeichnet an all ihr krankhaftes Tun erinnern, ausgenommen ganz kurzdauernde Bewußtseinstrübungen bei Periodikern, die gleichzeitig an Migräne leiden, Fälle also, welche zur Epilepsie hinüberleiten. Von der Manie als Teilerscheinung des manisch depressiven Irreseins wird noch ausführlich zu sprechen sein.

Was die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und akuten Verwirrtheitszuständen betrifft, so dürfte sich folgendes feststellen lassen. Man findet bei der Hysterie Assoziationshemmung, im Dämmerzustande bis zur akuten Demenz, man findet Halluzinationen, Delirien. Trotzdem unterscheidet sich die Hysterie von allen Antezedentien, den individuellen Kriterien, Widersprüchen im Krankheitsbilde und Stigmen abgesehen, recht auffallend von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, der Amentia. Man vermißt nämlich bei Hysterischen die gewissermaßen organischen Symptome der Assoziationsschädigung, die zunehmende Ermüdbarkeit, den Ideengang in Reihen, der bis zu ideenflüchtiger Verworrenheit sich steigert, den zerfahrenen Gedankengang, die Sprachverwirrtheit mit Logorrhöe von oft tage- und wochenlanger Dauer.

Zahlreiche Charakteristica wurden schon im klinischen Kapitel eingehend gewürdigt. Kranke, welche Urteilsfragen verstehen, Details aus der Umgebung auffassen, sind nie so tief gestört, daß sie ihren Namen nicht wüßten wie manche Hysterische. Wenn diese delirieren, dann tun sie es überaus affektvoll; gerade in der akuten Geistesstörung ist der Zusammenhang zwischen Affekt und Bewußtseinsinhalt weniger gestört als im hysterischen Dauerzustande; freilich wird auch hier der Parallelismus manchmal geradezu ins Gegenteil verkehrt, Pose, Mimik und Worte harmonieren oder widersprechen direkt. Während die Hysterischen bestimmte Szenen reproduzieren, sind die Delirien der Amentia indifferenter, von der Persönlichkeit unabhängiger und doch vielseitiger, indem Vergiftungsideen, Himmel und Hölle, Theaterstücke etc. bei allen möglichen Affektlagen durcheinander gehen. Die Miene staunender Überraschung ist recht charakteristisch für Amentia. Die Hysterischen sind nie eigentlich verwirrt und wenn sie die unsinnigsten Antworten geben; der innere Zusammenhang ihrer Gedankengänge ist wenigstens zu erraten. Schließlich muß der Verlauf die Sachlage klären. Die Hysterie ist suggestibel, klingt fast immer schnell ab, wechselt in ein anderes Symptomenbild, während die Amentia mit Schwankungen oder Intermissionen durch Monate anzudauern pflegt.

Doch gibt es Verworrenheitszustände bei hereditär schwer belasteten, degenerativen Individuen, wo auch Widersprüche zwischen plötzlicher Klarheit und schwerer Bewußtseinstrübung, eine gewisse Beeinflußbarkeit überraschen. Meist handelt es sich um periodische Amentia; das anfallsweise Auftreten von Geistesstörungen, die einander vollkommen gleichen, unabhängig von äußeren Einflüssen in bestimmtem Intervalle und ohne sonstige Anzeichen von Hysterie verhilft zur Diagnose. Die Verwirrtheit trägt gern manische Züge, wird in gesetzmäßiger Weise durch eine Verstimmung eingeleitet, gerne durch eine Manie abgeschlossen, hinterläßt oft nur summarische Erinnerung. Die Fälle sind selten; ein Teil scheint zur folgenden Gruppe zu gehören; ein anderer muß vorläufig als degeneratives Irresein diagnostiziert werden.

Ganz ungeheure Schwierigkeiten erwachsen bei der Unterscheidung zwischen Hysterie und Dementia praecox, speziell katatonen Zustandsbildern. Eine ganze Reihe sicherer Fälle von Jugendirresein beginnt akut, scheinbar sogar nach einer Gemütsbewegung. Man findet auch bei der Katatonie Ausdrucksbewegungen, Krampfanfälle, Dämmerzustände, eine Beeinflußbarkeit durch äußere Einwirkungen. Endlich zeigen auch Katatoniker Amnesie für einen großen Teil der akuten Krankheitserscheinungen. Noch größer wird die Ähnlichkeit dem einzelnen Zustandsbilde gegenüber. Wenn man an einem Kasus Opisthotonus, Respirationskrämpfe, ein wildes Herumschlagen mit den Extremitäten beobachtet, so fühlt man sich leicht veranlaßt, die Diagnose Hysterie zu stellen,

während die weitere Beobachtung unzweifelhaft Dementia praecox ergibt. In einzelnen Fällen ließ sich die Verblödung während des Aufenthaltes an der Klinik verfolgen und immer war das Krankheitsbild ein so einheitliches, daß der Gedanke einer Kombination von Hysterie und Katatonie gar nicht auftauchte.

Kaiser, der sich sehr eingehend mit der Frage beschäftigt, resumiert schließlich: „Es gibt bei der Hysterie katatone Erscheinungen und bei der Katatonie psychogene Symptome. Entscheidend ist der allgemeine Charakter des gesamten Krankheitsverlaufes, das psychische Wesen.“ Der Autor bringt Fälle, welche zwischen Hysterie und Katatonie zu stehen scheinen und begründet durch genaue Analyse, warum in dem einen Falle trotz äußerlicher Ähnlichkeit mit hysterischen Zuständen der Gesamtcharakter der Hysterie fehlt, während man in einem andern Kasus langdauernden Stupors doch die Grundelemente des hysterischen Wesens herauszulesen vermag. Selbst wenn man abgeschlossene Krankheitsbilder rückschreitend zergliedert, resultiere daraus kein Anhaltspunkt für die Wertung des einzelnen Symptoms. Schließlich glaube ich Kaiser dahin zu verstehen, daß auch er zwischen Hysterie und Katatonie unterscheidet, daß er sich zur Annahme einer Kombination nicht veranlaßt fühlt.

Diese differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sind um so begreiflicher, als beide Psychosen jugendliche Individuen auffallend bevorzugen und als die vielgestaltigen Bilder aus widersprechenden Elementen zusammengesetzt sind. Doch lassen sich vielleicht einige bedingte Unterschiede namhaft machen. Die hysterischen Krankheitsäußerungen pflegen affektvoller zu sein, die Aufregungszustände der Katatoniker erwecken den Eindruck des Leeren, der Demenz. Die Hysterie ist übertrieben, wie überlegt falsch in ihren Affekten wie in ihren Antworten; der Katatoniker redet häufig daneben, er weicht aus. Ob in der verschiedenen Promptheit der Paralogie ein sicheres Kriterium zu erblicken sei, wie Westphal meint, soll noch dahingestellt bleiben; die Regel wäre wohl nur auf Seite der Katatonie zu suchen, da bei der Hysterie alles funktionell Mögliche vorkommt: es ist auch Erfahrungstatsache, daß die Hysterischen sowohl zögernd wie blitzartig schnell antworten. Ausgeprägte Stereotypien, rein mechanische, sinnlose, primitive Bewegungsformen dürften bei Hysterie nur selten beobachtet werden, müßten sich dann begründen lassen; ebenso hat man noch von keiner Hysterica eine echte Sprachverwirrtheit gehört, das stete Zurückgreifen auf bestimmte Phrasen, das, was so treffend als Wortsalat bezeichnet wird. Endlich dürfte man die Hypnose als Hilfsmittel heranziehen. Irgendwie erregte oder verwirrte Katatoniker zu hypnotisieren, gelingt wohl kaum — ich blicke nur auf zwei nicht ganz klare Einzelbeobachtungen zurück, während die Hysterischen zum mindesten eine psychologisch verständliche Reaktion auf die Hypnose zeigen.

Die psychogene Entstehung, der psychologisch von einem Tage zum anderen zu verfolgende Verlauf teilen ein gegebenes Krankheitsbild der Hysterie zu. Ein Kasus, der zu solchen differentialdiagnostischen Erwägungen anregt, ist

Beobachtung XLVII.

Josefa G., 1875 geboren, katholisch, ledig, Dienstmädchen.

Von zehn Geschwistern starben drei in früher Kindheit. Patientin leidet seit ihrem 1. Lebensjahre an Schiefhals. Menses mit 13 Jahren, regelmäßig, aber von Kopf- und Kreuzschmerzen begleitet. Die Kranke soll immer etwas nervös, lebhaftem Stimmungswechsel unterworfen, männerfeindlich gewesen sein. Seit ihrem 15. Lebensjahre treten zeitweilig Ohnmachtsanfälle auf, ohne konvulsive Elemente. Sie ging in Dienst, da sie zu Hause nicht arbeiten wollte, wie ihre Schwestern; kann die besten Zeugnisse vorweisen. 1897 trat sie einem katholischen Jungfrauenvereine bei, betete sehr viel. Vor zwei Monaten erzählte sie einmal dem Vater, sie sei eine ewige Jungfrau, werde Himmelsbraut. Vor sechs Wochen behauptete sie, daß ihr die heil. Jungfrau erschienen sei; sie schwärmte vom heil. Josef und ihrem „Keuschheitsgürtel“, den sie um den Preis von 7 kr. von einem bekannten Wiener Pfarrer kaufte (Verum!). Ihre Arbeit verrichtete sie gut, wurde gelegentlich dabei betroffen, wie sie allerlei Gebärden machte. Am 5. Mai 1899 brachte sie Nahrungsmittel vom Markte, kochte aber nicht, kniete sich vor der Dienstgeberin nieder, betete sie als heil. Josef, deren Kleine als das Jesukindlein an, das vom Himmel niedergestiegen sei; darauf erfolgte ihre Internierung an die psychiatrische Klinik.

6. Mai. Sehr gesprächig; heute nachts sei das Erlösungswerk vor sich gegangen. Als sie um 1/41 Uhr aufwachte und betete, habe sie auf der Wand den Leidenskelch, in seiner Mitte die Hostie, die Krone, das Blut Christi gesehen, hierauf drei Hammerschläge vernommen; draußen zwischen den Bäumen seien lauter Engel gewesen. Das habe sich bis 4 Uhr dreimal wiederholt. Dabei ging ein heftiger Wind und ein Vogel sang. Christus sagte, er werde kommen. Etwas unzusammenhängend erfährt man dann von einem Rechtsstreit, in dem sie verpflichtet wurde, einer früheren Dienstgeberin den Betrag von 65 fl. zu zahlen. Unvermittelt kommt die Kranke darauf, daß ihre Dienstgeberin zu einer Kartenaufschlägerin gegangen, aber Gott sei der beste Kartenaufschläger. Von einer Wunderdoktorin in Wien habe sie ein Sympathiemittel. 1898 im Mai sei sie ungerechtfertigterweise eines Diebstahls beschuldigt worden. Patientin bringt dies alles mit verzücktem Gesichtsausdruck vor; ist dabei zeitlich und örtlich vollkommen orientiert, berichtet auch zutreffend Daten aus der Vergangenheit. Bei der Erinnerung an ihre Eltern bricht die Kranke in Tränen aus: „Meine Eltern haben mich gesegnet und Gott hat sie gesegnet.“ Mit der älteren Schwester habe sie sich nicht vertragen. Kein Potus, „sie habe gefastet, nie getrunken“.

9. Mai. Patientin weint, schreit, arbeitet an Kleidern und Haaren herum.

10. Mai. Menses. Örtlich und zeitlich nicht orientiert. Gedächtnis für die Letztvergangenheit sehr gestört, abspringender Gedankengang.

15. Mai. Zunehmende Bewußtseinsstörung; man habe sie „überall“ hingegeben.

18. Mai. Pathetisch-theatralisches Benehmen; sehr laut.

26. Mai. Nach dem Besuch ihrer Angehörigen noch erregter, tanzt; motiviert dies damit, daß um sie herum alles rebellisch sei. In der Zelle bald

beruhigt; behauptet, in der Nacht die Muttergottes gesehen zu haben. Örtlich wieder orientiert, zeitlich nicht.

2. Juni. Abschweifende inhaltslose Antworten.

5. Juni. Eigentümlich rhythmische, gleichförmig sich wiederholende Bewegungen mit den Händen. Der Kopf hängt zur rechten Seite über, dann sinkt Patientin selbst langsam nach derselben Seite um, stöhnt leicht; Puls dabei gut. Als man sie erhebt, bleibt sie aufrecht.

11. Juni. Zeitweise etwas ruhiger, sitzt viel am Fußboden, zitiert biblische Sprüche.

15. Juni. Springt mit aufgelöstem Haar, einen Strumpf in der Hand, in rasendem Galopp im Saal herum, schreit und singt dabei, läßt sich nicht fixieren.

22. Juni. Zeitweise lustig, dann wieder deprimiert.

27. Juni. Nach dem Besuche sehr aufgeregt, wirft Bänke um.

2. Juli. Patientin ist kaum zu fixieren, gibt nur kurze unzusammenhängende Auskünfte.

15. Juli. Ruhiger, liegt zeitweise, örtlich wohl, zeitlich mangelhaft orientiert, trägt einen leidenden Gesichtsausdruck. Sie spricht mit leiser Stimme und pathetischem Ausdruck von dem vielen, was sie hat dulden müssen. Jetzt gehe es ihr schon besser.

20. Juli. Spontan äußerungslos, läßt sich ausspeisen. Nachts guter Schlaf.

26. Juli. Apathisch, zeitweilig deprimiert, blickt wie verloren vor sich hin; Fragen faßt sie auf, antwortet sinngemäß, aber einsilbig; sich überlassen, monologisiert sie laut, beschäftigt sich mit dem heil. Josef; die früheren Verzweiflungsausbrüche mit Jammern und Weinen sind zurückgetreten. Appetit genügend.

9. August. Sitzt stundenlang schlaff und energielos auf einem Fleck, ist sehr einsilbig, gibt über Innenvorgänge nichts preis. Ziemlich gute Erinnerung für die Vorgänge in der Umgebung.

27. August. Zeitweise rhythmische Bewegungen, Atemkrämpfe. Nicht zu beschäftigen, meist deprimiert.

29. September. Erklärt einen Anstreicher für ihren Bruder und beginnt heftig zu weinen, als dieser sie kurz zurückweist. Bezüglich Sinnestäuschungen sehr zurückhaltend, sie habe ohnedies schon so oft davon erzählen müssen; nur im Traume sehe sie die Muttergottes.

1. November. Patientin behauptet, ein Kind zu haben, schreit nach demselben, man habe es ihr gestohlen; schlägt auf die Genossinnen los, ist nicht zu beruhigen.

10. November. Ziemlich frei, kennt alle Personen mit Namen, berichtet, daß sie heute nachts Segelschiffe sah und zu fahren glaubte.

25. November. Seit einigen Tagen bettlägerig, klagt über rasende Kopfschmerzen, antwortet nur mit leiser Stimme; objektiv nichts nachzuweisen.

13. Dezember. In lebhafter Erregung, singt, läuft dem Arzte davon. Endlich in einer Ecke fixiert, spricht sie unter lautem Lachen etwas unzusammenhängend, aber orientiert.

19. Dezember. Die Kranke tanzt herum, ein weißes Band in der Hand schwingend; ganz echauffiert gibt sie an, daß sie das tue, „weil sie herin sei“.

15. Jänner 1900. Jammert um ihr Kind. Behauptet, man habe es ihr heute nachts genommen. „Sie lügen mich an, geben sie es mir wieder.“

25. Jänner. Sitzt in einer Ecke und fährt in regelmäßigen Intervallen abwechselnd mit der einen, dann mit der andern Hand durch ihre Haare, dabei eigentümlich starrer Gesichtsausdruck.

28. Jänner. Wiederholt konvulsive Anfälle, hinterher ist Patientin cyanotisch, gibt keine Auskunft.

30. Jänner. Plastische Attituden, eigentümliche Spannungszustände, Kopf nach hinten gezogen; Verbigeration. Fragen werden zusammenhängend beantwortet: Sie sei der heil. Josef und habe das Jesukind; dieses habe Dr. E. genommen und nach Berlin geschafft; leicht heiterer Affekt. Gleich darauf neuerlich Verbigeration.

15. Februar. Bei Druck auf die Wirbel sowie auf die Ovarialgegend läßt sich Singultus auslösen. Rechtsseitig flüchtige Hyperästhesie. Patientin spricht mit leiser Stimme, unter rhythmischem Wiegen des Kopfes. Hypnose. Schläft bei Fixieren einer Uhr rasch ein.

18. Februar. Heute erfordert die Hypnose etwas mehr Zeit. Es wird versucht, der Kranken die Wahnideen wegzusuggerieren, was im Wachzustande nicht gelungen war. Sie erwacht prompt. Wohlbefinden.

15. März. Von wechselndem Verhalten. Gern liegt die Patientin mit über den Kopf geschlagenen Röcken am Fußboden; oft heiter, zu läppischen Scherzen aufgelegt. Die Wahnideen sind tatsächlich etwas zurückgetreten.

8. April. Seit einiger Zeit sehr gesprächig, erklärt mit bedeutungsvoller Miene, sie sei die heil. Maria.

9. Mai. Beklagt sich, daß sie so lange nicht hypnotisiert worden sei. Neuerlich Hypnose.

11. Mai. Relativ geordnet.

20. Juni. Liegt zeitweise am Boden, beschäftigt sich dann wieder im Häuslichen; heiterer Stimmung, doch leicht gereizt.

10. August. Mitunter hysteriforme Zustände. Patientin wirft sich nieder, schreit, arbeitet auf den Dielen herum, spricht mit sich selbst.

13. August. Schwerer hysterischer Anfall: Patientin wird in die Höhe geschleudert, Arc de cercle, dann wirft sie sich nach den Seiten, reißt sich Haare aus, ist hinterher ziemlich orientiert, weiß von ihrem Anfall, erkennt den Arzt.

11. September. Hochgradiger Erregungszustand. Verbigeration.

15. September. Behauptet eine andere zu sein, frägt nach der Adresse des Fragenden.

10. Dezember. Seit 14 Tagen ziemlich geordnet, beschäftigt sich auf der Abteilung. Die anfänglich geäußerten Wahnideen korrigiert sie noch nicht, bringt sie aber zweifelnd vor; leicht heiter.

11. Jänner 1901. Patientin geordnet, kann nicht angeben, wie sie zu ihren Wahnideen kam. Sie höre eine innere Stimme so laut wie die wirklichen Stimmen.

23. Februar. Arbeitet fleißig, ist dabei läppisch.

1. März. Beklagt sich über Halsschmerzen, beginnt zu fiebern, macht eine leichte Scarlatina durch.

1. Juni. Die Kranke ist ruhig, vollkommen geordnet, beschäftigt sich regelmäßig.

19. Oktober. Bei der heutigen ausführlichen Besprechung erinnert sich Patientin recht genau an den Beginn ihrer Erkrankung. Sie war vier Jahre im Hause ihrer Dienstgeberin, mit einer Unterbrechung; immer fromm, ist sich der Steigerung ihrer Frömmigkeit in den letzten zwei Jahren bewußt, ohne sie motivieren zu können. 1898 wurde sie eines Diebstahls beschuldigt, schlief dann schlecht und betete viel. Ein unmittelbares psychisches Trauma vermag sie nicht anzugeben. Am Tage ihrer Erkrankung hörte sie laut und

deutlich eine Stimme aus der Ecke, die ihr sagte, sie sei der heilige Josef. Über die Herkunft dieser Stimme ist Patientin heute noch nicht im Klaren; damals war sie überzeugt, die Wahrheit über sich vernommen zu haben. An der Klinik kam ihr alles so eigen vor; in der ersten Nacht hatte sie einen Traum, doch bleibt die Kranke noch jetzt dabei, daß Christus selbst ihr erschienen sei. Für die Aufregungszustände, für alle hysteriformen Symptome fehlt jede Erinnerung. Druckempfindlichkeit im vierten bis sechsten Interkostalraum links.

6. Dezember. Wiederholt Urticaria: Plateauförmige ausgebreitete Erhebungen an beiden Oberarmen, namentlich links.

3. April 1902. Die ganze Zeit über guter Laune, arbeitet fleißig.

18. April. Wegen Rheumatismus zu Bett. Ihre Nachbarin ist eine Hysterica mit Anfällen.

21. April. Nachts $^1/_2$2 Uhr schreit Patientin und schlägt mit den Armen herum. Früh gefragt, erinnert sie sich dunkel, daß es sie riß; man erzählte ihr dann, daß sie gesprochen und sich geschlagen habe; die Kranke führt den Anfall auf ein Stechen in der Brust zurück.

22. April. Neuerlich hysterischer Anfall.

23. April. Abends $^1/_2$10 Uhr wieder ein Anfall. Typisches weißes Ödem (Charcot) der rechten Hand.

24. April. Dasselbe heute an beiden Handrücken und noch viel stärker als gestern.

27. April. Über Suggestivbehandlung ist das Ödem vollkommen abgefallen.

Patientin arbeitet fleißig, unterstützt die Bedienerinnen der Ärzte, hat freie Sperre. Öfters freie Ausgänge.

1903 Patientin fühlt sich in der Anstalt wohl und heimisch; ist mit ihrem Wirkungskreise zufrieden.

Die genau erhobene Anamnese ergibt gewisse charakterologische Abnormitäten in der Vorgeschichte, welche durch eine Reihe von Ohnmachtsanfällen schon an Hysterie gemahnt. Die Kranke wird 22 Jahre alt, als ihre Frömmigkeit sich in auffallender Weise steigert: die Begründung scheint auf der Hand zu liegen, wiewohl sie kaum zugestanden worden wäre. Die unschöne, durch einen angeborenen Schiefhals verunstaltete Person spielt die unnahbare Jungfrau, muß im tiefsten Innern gewiß verbittert, mit heimlichem Neide auf ihre glücklicheren Kolleginnen blicken. In ganz logischer Weise, an Beobachtung VI erinnernd, verwandelt sie sich später in die Himmelsbraut. Sie hat im Delir sogar ein Kind geboren, der Wunsch als Vater des Gedankens. Aus ihren religiösen Ideen wächst die Psychose, ein deliranter Zustand unmittelbar hervor. Der heilige Josef ist der spezifische Schutzpatron ihres Vereines. Ihm hatte sie sich in Keuschheit geweiht. Das Befremdliche an dem Falle war nur die lange Andauer dieser Geistesstörung, verbunden mit ganz typisch katatonen Bewegungsformen: Schlagen mit den Händen, im Kreise herumlaufen, Verbigerieren etc. Erst nach zirka drei Monaten wird die Patientin ruhiger, die heitere Verstimmung schlägt in Depression, die Bewegungsunruhe in Hemmung um. Dabei dauern die merkwürdigen hysteriformen oder katatonen Bewegungen an; endlich zeigen die Zustandsbilder einen rascheren, häufig unvermittelten Wechsel. Die Diagnose entscheidet sich für Hysterie, als am 15. Februar 1900 eine Reihe von Stigmen zur Beobachtung kommt und die Kranke sich als außerordentlich leicht hypnotisierbar erweist, als es sogar gelingt, ihre Wahnideen suggestiv zu beeinflussen. Die Psychose

ist noch immer nicht abgeklungen; sie nimmt andere Formen an, läßt ihre Abhängigkeit von der Umgebung deutlicher erkennen als früher. Am 13. August tritt ein Anfall auf, den man wohl als klassisch hysterisch bezeichnen darf, während Bewegungsformen vorausgegangen, die man eher bei sekundären Zuständen eventuell bei Katatonie erwartet hätte.

Erst um 1901 erfolgt ihre Genesung. Patientin hat einen Wirkungskreis gefunden, der ihrer Eigenart zusagt: sie ist als Stubenmädchen in der Anstalt unentbehrlich geworden, hat freien Ausgang, entbehrt also der Freiheit in ihrem Sinne nicht, wird besser behandelt als in irgendeinem Dienstplatz und führt eine sorgenfreie Existenz. Wie alle Hysterischen empfindet sie keinen Drang, die Anstalt zu verlassen, trotzdem sonst, was ausdrücklich betont werden soll, keinerlei psychische Abschwächung im Verlauf der Psychose zu erkennen war. Hingegen ist sie auch jetzt noch infektionsempfänglich für hysterische Anfälle. Im Rückblick auf das alles dürfte die ganze abgelaufene Psychose als ein sehr protrahiertes hysterisches Delir aufzufassen sein.

Eine besondere Schwierigkeit erwächst auch aus der Differentialdiagnose länger dauernder kataleptischer und Schlafzustände. Wenn man Antezedentien kennt, so erfährt man, daß dem katatonen Stupor allerlei Wahnideen, Symptome von Verwirrtheit vorausgehen, der Hysterie ihr Charakter. Beweisend für letztere ist das Vorkommen hysterogener Zonen, obzwar auch Katatoniker durch Druck auf die Bulbi z. B. zu einer Reaktion gebracht werden können. Katatone Zustände dauern länger; der längste sicher hysterische Fall dürfte fünf bis sechs Wochen stuporös dagelegen sein. Es spricht für Hysterie neuropathische Facies, reichlich Ausdrucksbewegungen, Ausdruckshaltungen, ein rudimentäres Delirium, während bei Katatonikern mit ihrem stupiden oder verkrampften Gesichte nur plötzliche, meist sinnlose Raptus beobachtet werden; hier folgt Verblödung eventuell der Tod. Bei Hysterie wäre die Prognose unbedingt günstig zu stellen und letale Fälle (Jaccoud) anzuzweifeln. Insofern ist die Differentialdiagnose wesentlich und wichtig; das Zustandsbild kann im gegebenen Moment aber ganz gleich sein.

Zur Frage der hysterischen Paranoia wurde teilweise bereits Stellung genommen. Sicher zur Hysterie und nicht zur Paranoia gehören leicht gekränkte, immer beleidigte, außerordentlich empfindsame, lügnerische und suggestible Patientinnen, welche bitter darüber klagen, daß man sie vernachlässige, absichtlich mit Geringschätzung übergehe, statt sie genügend zu behandeln, wie das ihrem Krankheitszustande entsprechen würde; dabei setzen sie ihre Vorzüge, auch die pathologischen in das hellste Licht, prahlen mit ihren Beziehungen und suchen auf alle Weise in den Vordergrund zu treten. Erotismus leuchtet durch, indem sie für Unbilden vornehmlich Nebenbuhlerinnen verantwortlich machen, sich in phantastischer Weise Genugtuung verschaffen. Es geht aber nicht an, aus dem angeblichen Vorkommen von Gesichtstäuschungen, aus dem Inhalte der Wahnideen, losgelöst von der Persönlichkeit der Kranken die Diagnose

Hysterie zu stellen; keineswegs genügt die Tatsache, daß hypochondrische, insbesondere auf das Geschlechtsleben, die vegetativen Organe und das allgemeine Befinden gerichtete Wahnideen geäußert werden. Ebenso wenig reichen z. B. Geruchshalluzinationen, religiöser oder erotischer Bewußtseinsinhalt, Angaben über allnächtlich zu erleidende sexuelle Schädigungen und Attentate, über Beeinflussung aus der Ferne, Geisterstimmen, Situationshalluzinationen, gleichzeitige Zwangsvorstellungen aus für die Diagnose hysterische Paranoia. All das findet sich bei Fällen phantastischer Verrücktheit jugendlicher weiblicher Individuen ziemlich regelmäßig, ohne daß eine Spur der Neurose Hysterie vorhanden wäre. Auch bei anderen Psychosen begegnet man Verfolgungswahnideen, ohne daß darum Paranoia oder eine Kombination mit Paranoia diagnostiziert würde. Gewissermaßen als Gegenstück zu dem auf pag. 164 mitgeteilten Falle einer Hysterie in paranoider Verkleidung folge hier ein Kasus, welcher der hysterischen Paranoia der Autoren möglichst zu entsprechen schien.

Es war eine alte Jungfer mit ein paar Stigmen, die in ihren Beeinträchtigungsideen an die nächsten Angehörigen anknüpfte und tatsächlich lange Zeit nur dabei blieb: Ihre Mutter habe sie nicht lieb, wie eine andere Schwester; man verstehe sie zu Hause nicht, beurteile sie falsch, wolle sie unterdrücken. Es kam zu affektvollen Aufregungszuständen, Schimpfszenen, die ausschließlich gegen die Familie gerichtet waren. Die Patientin wollte durchaus fort, aus dem Hause. Änderung der Umgebung zeigte, daß es sich um Paranoia und nur um diese handle, denn die Kranke begann auch anderwärts anzuknüpfen: überall wurden Anspielungen laut, man tat ihr alles zufleiß. Sie war mehrere Male in geschlossenen Anstalten; sie wird auch hier verfolgt, was sie nebenbei hartnäckig dissimuliert. Das allein mit dem stürmischen Freiheitsdrange zusammengenommen, läßt an der Diagnose Paranoia nicht mehr zweifeln, die durch das Beiwort „hysterisch" nichts gewinnt. Was durchaus fehlt, ist der hysterische Charakter, die hysterische Reaktion. Ein ganz motivierter depressiver Affekt wurde dauernd festgehalten. Es bestand keine Suggestibilität: auch Suggestionsversuche hatten fehlgeschlagen, weil die Patientin der Sache mit Mißtrauen entgegentrat.

Im Verlauf liegt der Kardinalunterschied zwischen Hysterie und Paranoia. Erstere zeigt keine Progression, die Kranken werden verfolgt, beruhigen sich wieder, treten beim nächsten Anlaß mit denselben Klagen hervor, die höchstens retrospektiv erweitert und ausgeschmückt werden; die Paranoia schwenkt nach einem affektvollen Stadium des Verfolgungswahnes in das ruhigere des Größenwahnes ein, wenn dieser nicht, wie bei jugendlichen Individuen häufig, von vornherein anwesend ist. Während die Paranoia fortschreitet, beobachtet man bei der Hysterie einen steten Wechsel im Symptomenbilde. Trotz der Egozentrizität fehlt den Hysterischen der charakteristische Mechanismus des Weiterbaues durch Beziehungswahn. Daß eine gewisse Labilität der Affekte, Impulsivhandlungen bei Paranoia vorkommen, sei noch nachgetragen; dieselben können dem Beobachter unmotiviert erscheinen, wenn sie auch wahnhaft

begründet sind; es mag darum der eine oder andere Fall einen hysterischen Eindruck gemacht haben; aus den Krankengeschichten, welche als hysterische Paranoia mitgeteilt wurden, ist das kaum zu entnehmen. Insofern man in Paranoia und Hysterie zwei nach Genese, Verlauf und Ausgang verschiedene Krankheitsprozesse unterscheidet, ist es demnach aus wissenschaftlichen wie aus praktischen Gründen geboten, die Bezeichnung hysterische Paranoia zu meiden.

Bezüglich der Hysteroepilepsie wäre folgendes zu bemerken. Nur um auszudrücken, daß eine Hysterica konvulsive Anfälle hat, ist diese Bezeichnung geradezu irreführend und entschiedenst abzulehnen; meist denkt man vielmehr an eine wirkliche Kombination der zwei Krankheitsbilder, eventuell an Mischformen. Hier soll die Auffassung vertreten werden, daß Epilepsie und Hysterie zwar beide auf dem Boden der Degeneration stehen, daß sie aber nur in den Krampfanfällen, eventuell in einzelnen Äquivalentpsychosen äußerliche Ähnlichkeit besitzen. So wenig der Krampf das Wesen der Epilepsie ausmacht, so wenig erschöpft das anfallsweise Auftreten von Störungen die Hysterie. Es besteht sogar ein Gegensatz zwischen dem im Wesen progressiven, zu einer ganz bezeichnenden Demenz führenden Morbus sacer und der stationären, stets nur im einzelnen wechselnden Hysterie. Bei Epilepsie begegnet man oft schon in früher Jugend einsetzenden Schwindelanfällen, dann kommen Krämpfe, dieselben werden immer schwerer, führen zu vorübergehenden Herderscheinungen, zu Geistesstörungen, endlich zu Blödsinn, während die Hysterie im Gegenteil aus dem akuten Stadium in ein mehr lenteszierendes übergeht.

Differentialdiagnostisch am schwersten zu beurteilen sind die rein psychischen Fälle, wo man auf der einen Seite vielleicht eine Beeinflußbarkeit durch Brom verwerten muß, auf der andern Seite hysterische Antezedenzien, Stigmen, den Erfolg einer indifferenten Therapie eventuell der Suggestion. Bei den Fugues, überhaupt bei den Dämmerzuständen wäre darauf hinzuweisen, daß jedes Prodromalstadium fehlt, wenn es sich um Epileptiker handelt. Diese Kranken bereiten sich auf ihre Reise nicht vor, sind tiefer in ihrem Bewußtsein gestört, dementsprechend rücksichtsloser, gewalttätiger, im ganzen unempfindlicher.

Viel leichter kommt man zur Entscheidung, ob eine Geistesstörung der Hysterie oder der Epilepsie zuzurechnen sei, wenn gleichzeitig konvulsive Anfälle vorhanden sind. Es ist ganz unbegründet, eine Psychose, welche zwischen hysterischen Paroxysmen auftritt, wenn sie ihrer Symptomatologie nach hysterisch sein kann, als epileptisch oder gar nur unverbindlich als transitorisch zu bezeichnen. Im Falle als die Krämpfe mehrdeutig sind, entscheidet die richtige Wertung derselben auch über die Diagnose der anknüpfenden Geistesstörung. Der Unterschied zwischen epileptischen und hysterischen Anfällen ist schon so oft und in so ausgezeichneter Weise auseinander gesetzt worden, daß es Eulen

nach Athen tragen hieße, noch einmal ausführlich darüber zu schreiben. Ganz atypisch werden die Krampfanfälle nur bei alten Epileptikern, wo übrigens an der Diagnose kein Zweifel mehr entsteht. Unbedingt beweisend für Hysterie ist es, wenn man durch Suggestion eventuell durch starke Reize, Druck auf hysterogene Zonen den Anfall beeinflussen respektive coupieren kann.

Ist der epileptische oder hysterische Charakter ausgebildet, dann wird auch die Diagnose klar. Die schwerfälligen, dementen, meist gleichgültigen oder leicht trübsinnigen Epileptiker unterscheiden sich so wesentlich von den beweglichen, aufmerksamen, affektvollen, trotz alles Jammerns und Klagens doch immer wieder heiteren und genußsüchtigen Hysterischen. Dieser Charakter zieht sich auch durch alle Psychosen der Hysterischen hindurch. Die Vorstellungen sind hier durchweg mehr gefühlsbetont, die Äußerungen der Kranken gehobener, pathetischer, theatralischer im Gegensatze zur explosiven Wut der epileptischen Geistesstörungen, der Zerfahrenheit und tiefen Bewußtseinstrübung bei epileptischen Delirien.

Trotz aller differentialdiagnostischen Behelfe gibt es aber doch Fälle, die sich nicht ganz widerspruchslos einreihen lassen. Man beobachtet bei epileptischen jungen Mädchen mit unzweifelhaft epileptischen Krämpfen vereinzelt Stigmen, eine gewisse Labilität des Charakters, Krankheitsgefühl, ja selbst an Hysterie erinnernde Delirien. Andere Male tritt bei einer anscheinend sicheren Hysterica plötzlich einmal ein Anfall auf mit Zungenbiß, Urinabgang, Cyanose und folgender typisch epileptischer Benommenheit. Theoretisch und prinzipiell hat man keinen Grund, die Möglichkeit einer Kombination von Hysterie und Epilepsie unbedingt abzulehnen. Gehirne, welche die epileptische Veränderung in sich tragen, sind minderwertig, entweder schon von den Erzeugern her oder durch eine infantile Hirnerkrankung geschädigt. Dieser zerebralen Minderwertigkeit könnte auch eine hysterische Reaktionsweise des Individuums entsprechen. Der konvulsive epileptische Anfall ist ein Mechanismus, der auf verschiedenerlei, z. B. toxische Reize hin anspricht; es wäre nur zu verlangen, daß dieser Mechanismus auch von affektbetonten Vorstellungen her in Tätigkeit treten kann, um denselben Anfall hysterisch nennen zu müssen; ja es ist sogar möglich, daß die im Individuum schlummernde Hysterie durch einen epileptischen Anfall impressioniert wird, so daß derselbe zur Grundlage, zur auslösenden Ursache einer Hysterie wird. Jedenfalls scheint trotz der zum Teil gemeinsamen Grundlage die Hysteroepilepsie in diesem Sinne relativ selten; charakteristisch ist, daß in allen Fällen Hysterie zu der vorausgehenden Epilepsie hinzutritt, nie umgekehrt. Prognostisch ist auch nur die Diagnose Epilepsie ausschlaggebend.

Schon im Kapitel IV wurde bemerkt, welch große Rolle der chro-

nische Alkoholismus als prädisponierendes, der akute als auslösendes Moment bei hysterischen Geistesstörungen spielt. In einer ziemlichen Anzahl der vorgeführten Fälle ließ sich auch schwerer Potus anamnestisch erheben. Insofern bei Hysterie delirante Zustände mit multiplen Gesichtstäuschungen ganz gewöhnlich sind, wären differentialdiagnostische Erwägungen dem Alkoholdelirium gegenüber anzustellen; weiters hat man die mehr chronischen Formen des Alkoholwahnsinnes, der Alkoholparanoia, des Eifersuchtswahnes von hysterischen Zustandsbildern zu trennen, die Rührseligkeit, Gehörstäuschungen, Verfolgungs- und Eifersuchtsideen in den Vordergrund zu schieben. Im allgemeinen läßt sich die Unterscheidung treffen nach der Stellung, welche die Person zur Krankheit einnimmt. Soweit es sich um eine Alkoholpsychose handelt, ist das Individuum einsichtslos für seine Krankheit, so lange es krank ist, es hält sich für gesund und protestiert gegen die Internierung; die Hysterie erklärt sich für krank und wehrt sich gegen die Entlassung. Sollte dieser kardinale Gegensatz durch die hysterische Unaufrichtigkeit verwischt sein — manchmal drängen die Hysterischen scheinbar auf Entlassung, um desto sicherer interniert zu bleiben — dann müssen die anderen Kennzeichen hysterischer und alkoholischer Psychosen herhalten.

Zuerst ein akuter Fall, der ätiologisch vollkommen durchsichtig ist:

Beobachtung XLVIII.

Amalie R., geboren 1851, katholisch, Witwe, Bedienerin, kommt am 18. Oktober 1901 an die Klinik.

Mutter und ein Onkel der Patientin waren Trinker. Sie selbst ist ein Siebenmonatkind, bewältigte mit Mühe in 8 Jahren die vierklassige Volksschule, war reizbar, boshaft, störrisch, verlogen, egoistisch, beeinträchtigte ihre Geschwister; wollte stets über ihre Verhältnisse leben. Schon als Mädchen soll sie begonnen haben zu trinken. Menses traten im 15. Lebensjahre ein, waren stets regelmäßig; doch gingen sie häufig mit Ohnmachtsanfällen, bisweilen auch mit konvulsiven Erscheinungen einher. Matrimonium mit 25 Jahren; von 6 Kindern sind nur mehr 3 am Leben. Die Kranke quälte ihren Mann mit Eifersucht, bis dieser vor 7 Jahren starb, sie in geordneten Verhältnissen hinterlassend. Sehr bald knüpfte Patientin mit ganz jungen Burschen Liaisons an, verschwendete ihr Erbteil, vernachlässigte ihr Geschäft, ließ von diesem Lebenswandel nicht ab trotz der Ermahnungen ihrer Geschwister. Als diese den Verkehr mit ihr einstellten, erzählte die Kranke, daß die Geschwister ihr von jeher aufsässig waren, daß man sie immer als Aschenbrödel behandelt habe etc. Sie ergab sich nun maßloß dem Trunke (Wein und Schnaps), war wiederholt schwer berauscht, ging finanziell vollkommen zugrunde. Am 13. Juli 1901 wurde sie von einem Hunde in das Kinn gebissen, erschrak darüber heftig. Seither ist sie schlaflos, sieht nachts Hunde und Menschen auf sich eindringen, wird zunehmend unruhig, so daß endlich ihre Internierung erfolgt.

An der Klinik ist Patientin ruhig, geordnet, vollkommen orientiert; doch erscheint ihre Stimmung äußerst labil; die Kranke bricht bei Aufzählung ihrer Lebensschicksale wiederholt in Tränen aus, beruhigt sich aber immer sehr schnell. An Potus gibt sie zu $1^1/_2$ Liter Wein, 20 Heller Rum, auch etwas

Bier pro Tag. Sie motiviert das mit allerlei Ausflüchten; widerspricht sich more potatorum, indem sie sagt, sie habe getrunken, weil es ihr gut ging, dann wieder, sie habe trinken müssen aus Verzweiflung, daß ihr Geschäft zugrunde gegangen und sie an den Bettelstab gekommen sei. Die Zumutung, daß das Potatorium an ihrem finanziellen Ruin schuld trage, weist sie mit Entrüstung zurück. Patientin erklärt sich für nervenleidend, sie zittere, könne nichts mehr arbeiten; an der Realität ihrer Visionen hält sie mit Entschiedenheit fest. Jede zweite Nacht seit dem 13. Juli d. J. dringen massenhaft Hunde und Menschen auf sie ein; sie muß aufstehen, dieselben fortjagen, doch kehren die Gestalten gleich wieder zurück; erst des Morgens habe sie Ruhe. So ereignete es sich auch die letzte Nacht vor ihrer Einbringung. Ins Irrenhaus hätten die Geschwister sie nur gesteckt, um sie los zu werden. — Habitus einer Trinkerin. Über dem rechten Unterkiefer eine Narbe. Zeitweise ticartige Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte.

1. November. Schläft hier gut, hat in den zwei Wochen kein einzigesmal halluziniert oder auch nur lebhafter geträumt, korrigiert aber nicht. Die rührselige Stimmung dauernd, sonst beschäftigt die Kranke sich mit einer Handarbeit.

4. November. Patientin wird hypnotisiert, was außerordentlich leicht gelingt.

5. November. Es wird der Kranken im Wachzustande die Unsinnigkeit ihrer Delirien lebhaft vor Augen geführt; sie selbst muß zugestehen, daß sie es sich nicht erklären kann, wie lebende Wesen durch die verschlossene Türe ihres Zimmers eingedrungen seien; sie bleibt aber dabei, daß sie dieselben gesehen habe, sie waren wirklich da. Hunde der ganz gemeinen Art, weiße, braune, graue sprangen an ihr in die Höhe, ohne zu bellen oder zu beißen; sie waren dann plötzlich verschwunden.

2. Hypnose. Befehlsautomatie. Patientin wird examiniert und erzählt: Als sie die Hunde zum ersten Male sah, dachte sie gerade viel nach über das unglückliche Ende ihres Geschäftes und ihr gegenwärtiges Elend. Als junges Mädchen hätte sie einen Herzenskummer gehabt, (?) indem ein bessergestellter Liebhaber, mit dem sie 11 Jahre zusammen gelebt hatte, sie verließ. Es wird Krankheitseinsicht suggeriert.

6. November. 3. Hypnose. Patientin kommt auch im hypnotischen Schlafe in eine tiefe Depression, so wie ihr geschäftliches Unglück berührt wird. Sie beginnt zu weinen, greift nach ihrem Taschentuche.

7. November 4. Hypnose. Therapeutische Suggestion.

8. November. Die Kranke heiter, guter Stimmung; gibt auf ausdrücklichen Vorhalt zu, daß der Inhalt ihrer Psychose möglicherweise nicht real war; sie ist einsichtig für die physikalische Unmöglichkeit.

1. Dezember. Die Krankheitseinsicht wird wieder geringer.

15. Dezember. Über Vorhalt ihres Alkoholismus schluchzt Patientin heftig, ebenso wenn man ihr belastende Angaben der Angehörigen vorhält, die versichern, daß die Frau tatsächlich obdachlos sei, da die eigenen Kinder sich vor ihr fürchten, sich weigern, sie zu sich zu nehmen — so arg habe sie es getrieben. Die Kranke selbst will niemand zur Last fallen, bittet um Versorgung. Die Visionen können nicht wirklich gewesen sein, als Täuschungen will sie dieselben aber noch immer nicht gelten lassen.

Februar 1902. Vollkommen unverändert, geht in die Versorgung.

Ein sehr rudimentäres Krankheitsbild, nächtliche Visionen von Hunden und Menschen, die keine Deutung und keine Verarbeitung finden. Da hier

aber schwerer Alkoholismus chronicus vorausging, ist die Berechtigung der Diagnose Hysterie darzutun, um so mehr als körperliche Stigmen völlig fehlen. Fürs erste wäre darauf zu verweisen, daß die psychische Erkrankung ausbricht im unmittelbaren Anschlusse an ein Trauma. Das durch Kummer, Sorgen, Not und Elend erschütterte seelische Gleichgewicht wird nun noch einem Schreckaffekte ausgesetzt. Die Halluzinationen geben jene Vorstellung wieder, die damals das Bewußtsein erfüllte. Überraschend ist, daß die durch Monate andauernden Delirien ebenso plötzlich und für immer aufhören als die Patientin in die Anstalt kommt. Sowie aber ein Delirant klar wird, korrigiert er in der kürzesten Zeit seine ganze vielgestaltige Psychose. Wie armselig, monoton waren die Visionen dieser Patientin und dennoch vermißt man nach Monaten noch die Krankheitseinsicht. Es ist geradezu unbegreiflich, daß die besonnene Frau nicht imstande sein sollte, eine derartig isolierte Sinnestäuschung zu korrigieren. Ja noch mehr. Als man ihr die physikalische Unmöglichkeit, die Unsinnigkeit dieser Visionen vorhielt, mußte sie auf Grund ihres geordneten Denkens, ihrer Kritik das zugestehen, trotzdem blieb sie bei der Behauptung von der Realität ihrer Delirien. Selbst der hypnotischen Suggestion leistet sie einen hartnäckigen Widerstand, was um so eher auffiel, als sie überaus leicht zu hypnotisieren war. Man könnte fast von Negativismus sprechen, indem die Patientin gegen ihr besseres Wissen opponiert; sie weiß, daß es sich um den letzten Rest ihrer Krankheit handelt; sie will nicht gesund sein.

Wie gerne möchte ein anderer Patient, der so klar ist wie diese Frau, eine isolierte Wahnidee dissimulieren, nur um in die Freiheit zu gelangen; diese Person will nicht in die Freiheit; und hier liegt der springende Punkt. Mehr weniger ist ihr bewußt, daß sie in die Freiheit nicht kann; ohne Rückhalt an der Familie, ohne einen Kreuzer Geld, ohne die physische Eignung zu gemeiner Arbeit, vermag sie, die einst bessere Tage gesehen, draußen nicht mehr zu leben. Das Wort „obdachlos“ schwebt über ihr und erklärt die Fortdauer der Krankheitserscheinungen. Von Simulation ist natürlich keine Rede. Patientin kam sehr wider ihren Willen in eine Irrenanstalt; die Delirien waren so real, als es Visionen nur sein können; die Genesung ist aber gehindert durch das Gefühl, daß es eine Freiheit für sie nicht mehr gibt.

Die Gefahr, ein typisches Alkoholdelirium mit einem hysterischen zu verwechseln, dürfte nicht groß sein. Man sieht den Alkoholiker in Schweiß gebadet, Tag und Nacht seiner Beschäftigung nach delirieren; diese trivialen Hantierungen, mehr noch die primitiven Bewegungsformen des Wischens, Greifens, des Fadenziehens u. dergl., von den charakteristischen körperlichen Störungen ganz abgesehen, vermißt man bei Hysterie. Nur ausnahmsweise beginnt ein Alkoholdelirium — kürzlich kam so ein Mann an der Klinik zur Beobachtung — mit katatonen Symptomen: Stupor respektive Katalepsie, dabei Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche, eigentümliche Respirationskrämpfe, Wirbelbewegungen der Arme, Strampeln der Beine, Herumwälzen um die Körperaxe etc. Die Ähnlichkeit solcher Symptome mit hysteriformen kann begreiflicherweise differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten. In dem eben angezogenen Falle schwankte die Diagnose tatsächlich auch zwischen Hysterie und Katatonie, aber nur die ersten Stunden; dann setzte ein typisches Delirium

alkoholicum fort und so geht es wohl immer. Schlimmstenfalls müßte man etwas abwarten: in wenig Tagen klingt das Alkoholdelir durch einen kritischen Schlaf ab und damit ist der Kasus geklärt.

Schwieriger steht es um die Auffassung akutester Geistesstörungen, welche an einen Alkoholexzeß unmittelbar anknüpfen. Wenn man die Bezeichnung transitorische Psychose vermeiden respektive die Zustandsbilder klinisch aufteilen will, so kämen vor allem der pathologische Rausch, epileptische und hysterische Ausnahmszustände in Betracht. Gemeinsam ist allen diesen die hochgradige Bewußtseinsstörung, das lebhaft affektvolle Verhalten, endlich die nachfolgende Amnesie.

Bonhoeffer konstatiert, daß das durch den chronischen Alkoholismus geschädigte Gehirn, wie bei den psychischen Defektzuständen, die Neigung hat, assoziative Beziehungen zur eigenen Person zu wählen, eine Eigentümlichkeit, die im Rausche noch gesteigert erscheint. Mit dem Angstgefühl und der beginnenden Desorientiertheit werden die körperlichen Triebregungen besonders lebhaft empfunden, der Ideenkreis, der sprachlich zum Ausdrucke kommt, ist überaus beschränkt, Erinnerungen treten in deliranten Halluzinationen auf; dazu erfolgt eine lebhafte motorische Reaktion: alles Symptome, die man auch im hysterischen Delir findet. Die epileptoide Rauschform mit vorwiegend motorischer Agitation und schweren Zornaffekten wird häufig eingeleitet oder abgeschlossen durch Krämpfe, die mit ihrem wilden Umherschlagen, das durch Hilfeleistung vermehrt wird, weniger an epileptische als an hysterische erinnern. „Man gewinnt den Eindruck, daß es sich oft lediglich um eine dem Bewußtsein nicht ganz entzogene, exzessive Entladung eines elementaren motorischen Dranges handelt, der die Kranken in diesen Zuständen beherrscht und der gewissermaßen das höchste Stadium der psychomotorischen Überregbarkeit der einfachen Alkoholwirkung darstellt.“ Der Gedankeninhalt ist in diesen Agitationszuständen monoton, es herrschen Gedankenreihen, die mit dem Anlaß der zornigen Erregung in Beziehung stehen. Stets folgt Amnesie. Es gibt pathologische Rauschhandlungen, die nur als Folge einer langgehegten Absicht erscheinen. Alles das berührt sich so nahe mit Eigentümlichkeiten der Hysterie, daß es sehr fraglich ist, ob man im einzelnen Falle überhaupt wird entscheiden können, so lange nur das Zustandsbild vorliegt; keinesfalls lassen sich allgemeine differentialdiagnostische Kriterien aufzählen.

Unter den mitgeteilten Krankengeschichten befinden sich auch solche akuter hysterischer Geistesstörungen, die unmittelbar an einen Alkoholexzeß anschließen. Es wurde jedesmal die Psychose aus der Persönlichkeit heraus abgeleitet, gleichzeitige hysterische Anfälle betont. Den Einwand, als ob es sich um hysterische Räusche, um pathologische Räusche Hysterischer gehandelt habe, mußte man im einzelnen z. B. in der sehr instruktiven Beobachtung V dadurch widerlegen, daß eine Geistes-

störung genau der gleichen Form einmal durch einen exzessiven Alkoholgenuß, das zweitemal durch ein psychisches Trauma, eine Polizeistrafe ausgelöst wurde. Und wie man von Alkoholepilepsie spricht, unter dem Eindrucke, daß jenes Gift auf Epileptiker verderblich einwirkt, ihre Anfälle verschlimmert, in den Formen sensu strictiori Konvulsionen und Seelenstörungen veranlaßt, die in der Abstinenz niemals auftreten: so darf man wohl auch von Alkoholhysterie sprechen, einer latenten Hysterie, die erst durch den Alkohol geweckt wird. Inwiefern es eine toxische Genese der Hysterie geben kann, ist nach Kapitel IV verständlich; die alkoholisierte degenerierte Persönlichkeit nähert sich einer hysterisch veranlagten. Ist die hysterische Veranlagung schon a priori vorhanden, dann löst Alkohol eine Manifestation derselben aus, und auch das emotionelle Moment fehlt nicht: Die gesteigerte Reizbarkeit knüpft an einen Streit, eine Ohrfeige, einen Hinauswurf oder an das Erscheinen der Sicherheitswache an.

Insofern all die psychischen Störungen bei Degenerierten vorkommen, mögen sie teilweise durcheinander gehen und eine gegen Alkohol intolerante Hysterica auch einmal einen pathologischen Rausch sich antrinken; dann diese Geistesstörung in hysterischer Weise weiterverarbeiten; andere Male wird eine Differenzierung möglich sein. Die Alkoholepileptiker sind gewalttätiger, im Bewußtsein tiefer gestört als die Hysterischen; die Anwesenheit schwerer Schädelnarben, die Residuen von Zungenbissen dirimieren für die Zugehörigkeit einer durch Alkohol ausgelösten Geistesstörung zur Epilepsie, während die pathologischen Räusche durch kurze Dauer charakterisiert sind und nach wenigen Stunden in Schlaf und einen nachfolgenden Katzenjammer abklingen. Bei Anwesenheit von Stigmen aber, in Kenntnis hysterischer Antezedentien, scheint es gerechtfertigt, von hysterischer Geistestörung zu sprechen, zumal man sieht, wie empfindlich diese Kranken auf Alkohol reagieren. Es mag die Diagnose im konkreten Einzelfalle, namentlich solange man über die Persönlichkeit der Patienten noch nichts weiß, außerordentlich schwer sein; irgendein praktisches Interesse wird durch etwas Zurückhaltung nicht verletzt, die Stellungnahme dem Individuum gegenüber nicht alteriert.

Bei chronischen Zuständen ist die Entscheidung im Rückblick auf einen längeren Zeitraum wohl fast immer zu treffen, und wenn man auch über die Bedeutung eines Einzelbildes diskutieren kann, aus dem Ganzen muß die Hysterie deutlich hervorleuchten, wenn es sich überhaupt um Hysterie handelt. So ein Fall ist

Beobachtung II.

Sophie G., 1863 geboren, angeblich 22 Jahre alt, verheiratet, katholisch. Dienstmagd.

Drei Geschwister der Patientin endeten durch Selbstmord; andere Verwandte sind charakterologisch abnorm; sie selbst ist eine Säuferin. Vor 3 Wochen aus der Irrenanstalt G. entlassen, fiel sie durch eigentümliches

Benehmen auf. Am 17. Dezember 1893 abends wurde sie von einem Wachmann auf der Straße angehalten, da sie planlos und lärmend umherirrte. Auf dem Amte bat sie mit aufgehobenen Händen, man möge sie umbringen, um sie von ihren Qualen zu befreien, man möge ihr wenigstens gestatten, daß sie sich selbst das Leben nehme; sie weint und jammert unausgesetzt.

Patientin kommt klar, zeitlich und örtlich vollkommen orientiert an die Klinik. Sie sei nervös, leide an Kopfschmerzen, sei vor 2 Jahren bei der Operation eines ihrer Kinder, das an Diphtheritis litt, heftig erschrocken, in Ohmacht gefallen und wegen einer nachfolgenden Geistesstörung in die Irrenanstalt gebracht worden. Die Mengen Alkohol, die sie konsumiere, werden recht groß angegeben: neben Tee mit Rum habe sie am 17. Dezember noch $^1/_2$ Liter Wein getrunken; dann sei ihr plötzlich schlecht geworden, sie habe nichts mehr von sich gewußt. Die Kranke verlangt ihre Entlassung. Da der Aufenthalt im Spital durch die Heimatsgemeinde bezahlt werde, wolle sie sich diese Schande nicht antun; sie sei von guter Familie, kräftig, gesund und werde arbeiten. Dabei gerät sie ins Weinen, das sie mit Familienzerwürfnissen motiviert.

Zunge und Hände zittern lebhaft. Knieschnenreflexe gesteigert, ein Druckpunkt am Scheitel, Nadelstiche im Gesicht werden nicht empfunden.

26. Dezember. Klagt über Kopfschmerz, wie wenn „Wasser im Kopf“ wäre, sie werde sterben und sei froh darüber, „jetzt werden sie mich in die Totengrube fortführen“. Sie erklärt, die ganze Nacht hindurch gewacht zu haben, da sie fürchtete, es werde jemand umgebracht. Plötzlich macht Patientin eine eigentümliche Bewegung, erläuterte dieselbe, sie ziehe aus ihrem Munde Schlangen heraus; sie sehe überhaupt viele Tiere, Käfer, Wanzen, auch eine Maus; die Speisen seien voll von Würmern; dazu läuten fortwährend die Glocken. Dr. N. müsse ihr um 10 kr. ein Hacke bringen, damit sie sich den Hals abschlagen könne, sie tauge nicht für die Welt; gestern nachts sagte ein junger Mann, er wolle sie heiraten und forderte sie auf, mit ihm in die Zelle zu kommen.

27. Dezember. Die Kranke verlangt hinaus, sei ganz gesund; sie bleibt bei ihren gestrigen Angaben. Die Behauptung, nachts nicht geschlafen zu haben, wird von der Wärterin widerlegt.

29. Dezember. Klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen beim Schlucken.

3. Jänner 1894. Patientin taumelt beim Gehen wie eine Betrunkene, verkennt die Personen der Umgebung, dabei klar.

13. Jänner. Sieht andauernd Schlangen, Käfer in den Speisen; die Glocken läuten in einemfort; hört ihre Mutter sprechen, sie solle umgebracht werden, weil sie ihr Kind beim Mann gelassen habe; spürt „Eisengeruch“.

16. Jänner. Die Kranke erklärt einen Arzt für ihren Mann, ein anderer habe eine Mitpatientin umgebracht, taumelnder Gang.

26. Jänner. Sah gestern einen Blutegel.

31. Jänner. Halluziniert beim Fenster ihren Gatten, bedroht denselben.

5. Februar. Mimisch freier, stellt Sinnestäuschungen in Abrede. Allmähliches Abklingen des Zustandes, so daß sie am 18. Februar 1894 geheilt entlassen werden kann. Am

24. November 1894 kommt Patientin neuerlich zur Aufnahme. Es heißt, daß sie seit einigen Tagen an heftigen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit leide; gestern nachts überfiel sie plötzlich eine furchtbare Angst, sie sah alles im Feuer stehen, eine Menge von grotesken Gestalten, Affen umtanzten sie; dem Amtsarzte gegenüber kann sie sich an das alles nur summarisch erinnern.

Klar, berichtet, daß sie nach der Entlassung ihren Dienstplatz häufig gewechselt, wiederholt des Nachts phantasiert habe, ohne davon zu wissen. Gegenwärtig klagt sie über unangenehme Empfindungen in ihrem Kopfe, es fließe Wasser in demselben herum, das mache ihr Schmerzen; Schwindel. — Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule.

Patientin ist trüber Stimmung, apathisch, beteuert, seit Monaten gar keinen Alkohol mehr genossen zu haben.

6. Dezember. Von mürrischem Wesen, klagt über häufige Kopfschmerzen, mangelhaften Schlaf, Angst.

31. Jänner 1895. Zeitweiliger Affektzustand über geringfügige Veranlassung. In letzteren Tagen ruhig, geordnet, hat volle Einsicht in ihrem Zustand, erklärt, sie könne sich nicht beherrschen. — Geheilt entlassen.

Vom Juli 1895 bis August 1898 befindet sie sich in der Irrenanstalt T.; seither in Dienst. Am 31. Oktober 1899 erschien sie auffallend heiter, verlangte ein Messer und eine Hacke, um damit herumschlagen zu können, bekam eine Art Tobsucht, als man sie abwies. Am Kommissariate spricht die Kranke sehr laut, singt, zeigt Bewegungsdrang. Sie will sich letzter Zeit über ihren im Auslande weilenden Mann sehr gekränkt haben. Menses. An der Klinik weint und jammert Patientin, schläft nachts gut. Am

1. November früh liegt sie ruhig, mit apathischem, verständnislosem Blick dahin. Auf Fragen gibt sie nur zögernd Antwort, scheint zeitlich und örtlich nicht orientiert. Es läßt sich herausexaminieren, daß die Kranke seit drei Jahren ununterbrochen Stimmen höre; dieselben werden von ganzen Familien gesprochen, ihr Inhalt ist ein unangenehmer. Über Aufforderung denselben anzugeben, sieht man, daß Patientin vergebliche Anstrengungen macht, sich zu sammeln. — Allgemeine Hypalgesie; auf Nadelstiche erfolgt keine Abwehr.

3. November. Heute noch abweisender. Während des Examens äußert die Kranke lebhafte Ungeduld, man solle sie nicht ausfragen, sie wolle sich auf gar nichts erinnern. Nach durchgeführter Faradisation der Haut kehrt in umgrenzten Hautbezirken das Schmerzgefühl wieder.

4. November. Auffallende Gedächtnisschwäche für die Vorkommnisse des Tages. Patientin erinnert sich nachmittags an das früh mit dem Arzte geführte Gespräch nicht mehr; trotz eindringlichen Befragens weiß sie kein einziges Abteilungsereignis. Sie spricht die Wärterinnen konsequent als Schwestern an (in der Anstalt zu T. wirken geistliche Schwestern). Dauernd moroses oder kindisch geziertes Verhalten.

14. November. Nach wiederholtem Faradisieren stellte sich die Sensibilität ganz her; die Kranke ist allmählich freundlich und zuvorkommend geworden, hat sich in ihre Lage hineingefunden. Sie ist örtlich und zeitlich vollkommen orientiert, faßt die Vorgänge in der Umgebung richtig auf, ist imstande, zusammenhängende anamnestische Daten zu geben, nur wechselt die zeitliche Lokalisation einzelner Erlebnisse. Aus Kränkung über ihre unglückliche Ehe habe sie sich dem Trunke ergeben; Mann und Sohn verließen sie vor drei Jahren und gingen nach Südamerika.

21. November. Geordnet; Patientin verändert die früheren Erzählungen dahin, daß sie seit vier Jahren, angeblich zusammenfallend mit den Menses psychisch zu erkranken pflege, dabei vergeßlich sei, halluziniere. Intervallär sei sie ganz wohl, frei von Sinnestäuschungen. Mit einer Unterstützung am heutigen Tage entlassen. Am

24. September 1901 wurde die Person plötzlich tobsüchtig; sie riß sich

zahlreiche Kopfhaare aus, lärmte im Keller ihres Dienstortes, mußte gegurtet werden. Während der ärztlichen Untersuchung im Amte spricht sie unzusammenhängend.

Sie kommt ruhig zur Aufnahme und schläft des Nachts.

25. September. Während der Visite verzweifeltes Benehmen, weigert sich, in Gegenwart so vieler Leute eine Auskunft zu geben, auch später ist sie dem ordinierenden Arzte gegenüber noch unzugänglich, fordert in energischer Weise, man möge sie nicht belästigen. Auf fortgesetzte Fragen erwiedert sie anfangs ganz unsinnig, sie sei 100 Jahre alt, auf freundliches Zureden antwortet sie jedoch richtig, erweist sich örtlich und zeitlich vollkommen orientiert. Körperliche Untersuchung wird verweigert, da „sie gesund" sei. Amnesie für die Einbringung. Plötzlich wieder ablehnendes Verhalten, so daß das Examen abgeschlossen werden muß.

26. September. Verstimmung geschwunden. Am

5. Oktober 1901 geheilt entlassen. Am

13. Jänner 1902 wird sie aufs Kommissariat geführt, weil sie in einem fremden Hause auf der Kellerstiege lag und trotz Aufforderung der Hausbesorgerin sich nicht entfernen wollte. Anfangs folgte sie dem Wachmann willig, dann aber wurde sie renitent und beschimpfte ihn. Am Kommissariate fing sie an zu schreien und zu toben, kniet nieder, bittet, man solle sie erschießen. Sie halluziniert eine Menge Leute, die sie begrüßt und vor denen sie sich verneigt, ein ganzes vorbeimarschierendes Regiment Soldaten. Dann steht sie auf, wischt ringsum die Wände mit der Hand ab, spricht von Professor Krafft-Ebing, von der Irrenanstalt, in der sie durch Jahre gewesen und wünscht wieder hinzukommen.

Am Beobachtungszimmer riecht Patientin noch stark nach Alkohol, lärmt und schimpft, schläft des Nachts wenig, klagt über Kopfschmerz.

14. Jänner. Beim Examen stumm, blickt starr vor sich hin. Über die ersten allgemeinen Fragen wird sie ängstlich, springt auf, läuft zur Türe. Über Zuspruch gibt sie nur unwillig Auskunft, ist moros, wenig aufmerksam, leidlich orientiert; für die Überbringung amnestisch.

15. Jänner. Verschlossen, lehnt jede Auskunft ab, spricht aber mit sich selbst und schlägt sich auf den Kopf.

16. Jänner. Andauernd verstimmt, behauptet, sie werde von der ganzen Welt verfolgt, gibt keine genauere Auskunft, da man sie nur für verrückt erkläre, wenn sie etwas sage.

30. Jänner. Geordnet, spricht aber vor sich hin; begründet die Monologe damit, daß sie doch antworten müsse, wenn sie Stimmen von Bekannten höre. Sie hält dieselben für real, macht keine Erklärungsversuche.

2. Februar. Erzählt heute, daß sie die Leute nicht kenne, welche sie beschimpfen.

8. Februar. Beschwert sich, daß man ihr keine Ruhe lasse; verlangt vom Arzte, er möge einmal Ordnung schaffen. Stellt die Möglichkeit von Sinnestäuschungen in Abrede. Wird bei der Diskussion darüber erregt. Draußen könne sie nicht leben, sie werde sich aufhängen.

18. Februar. In die Irrenanstalt kommt Patientin traurig verstimmt. Sie weint laut beim Nahen der Visite, ruft, man möge sie nicht umbringen; es gebe so viele Mörder auf der Welt. Allmählich beruhigt sie sich und erzählt, daß sie draußen viel gearbeitet hätte, allein die Leute gaben ihr nichts dafür, weil sie ihr das Leben nicht gönnten; auch wurde sie immer beschimpft und verfolgt. Wenn sie getrunken habe, höre sie mehr Stimmen. Als sie das letzte-

mal an der Klinik war, habe sie fälschlich angegeben, daß sie keine Stimmen mehr höre, nur um entlassen zu werden. Schließlich weint die Kranke wieder laut und bittet, man möge sie nach T. schicken.

Gravidität im vierten Monate. Allgemeine Analgesie. Ein Druckpunkt in der Herzgegend.

Nachmittags: Erst sehr rührselig, später gereizt; sie fürchte sich vor den vielen Patientinnen hier, höre auf beiden Ohren Läuten. Widerwillig gibt sie einige Daten zur Anamnese, deklamiert über ihr Unglück, gefällt sich in der Erzählung ihres Menschenhasses. Zeitweise wendet sie sich gegen das Fenster, spricht aber fort. Sie habe keinen andern Wunsch als Ruhe und nach T. zu kommen.

20. Februar. Die Kranke hat sich einige Benefizien durchgesetzt; meist verdrossenen Gesichtes.

15. März. Sehr reizbar, schreit und weint, schlägt sich mit den Schuhen auf ihren Kopf; sie sei kein Mensch, wolle nicht mehr leben.

21. März. Sitzt ruhig, arbeitend auf der Bank, murmelt, während der Arzt vorübergeht, unverständliche Worte vor sich hin. Zur Rede gestellt erregt, meint, sie werde doch noch reden dürfen.

1. April. Macht ein sehr unglückliches Gesicht.

5. April. Streitet mit einer Genossin, will mit dem Sessel losschlagen.

10. April. Ausführliche Besprechung. Patientin antwortet in sehr kläglichem Tone; kann sich absolut nicht erinnern, im Jahre 1901 auf der Beobachtungsstation gewesen zu sein; es war gewiß kein Rausch; endlich gibt sie die Tatsache resigniert zu; außer Existenzsorgen keine Gemütsbewegungen. Seit zwei bis drei Jahren unterhielt sie ein Verhältnis, vertrug sich mit ihrem Liebhaber gut. Die letzte Woche vor ihrer Einbringung habe sie keinen Verdienst gehabt, mangelhaft gegessen, nur Tee mit Rum getrunken; Kleider kamen ihr abhanden, ohne daß sie anzugeben wisse wie. Patientin bemerkt spontan, es sei ein Unglück, wenn der Mensch nicht wisse was er getan habe. Sie wartete schon lange auf die Anstalt; sie gehöre nicht „für draußen“, sie hätte sich ja doch umbringen müssen. Wegen ihrer Stimmen zur Rede gestellt, behauptet sie, das seien keine „Stimmen“; das komme nicht aus dem Kopfe, sondern stamme von der Außenwelt. Wenn sie über der Arbeit sitze, spreche die Mutter laut und deutlich, mache ihr Vorwürfe, daß sie ihr Glück zerstört habe. Wieso sie diese Stimmen höre, kann Patientin nicht erklären; das sei eine Krankheit. Sie sehe Menschen vor sich, welche schimpfen, und zwar bei Tage mit offenen Augen, erklärt das für eine reale Wahrnehmung. Schlaf schlecht, durch böse Träume noch unerquicklicher; sie glaube zu fliegen oder zu fallen, sehe auch Sterne vor den Augen. Das Essen schmecke nach Eisen; trotzdem esse sie, weil sie Hunger habe. Auch Verfolgungswahnideen lassen sich herausexaminieren: die Leute vergönnen ihr das Leben nicht, man verachte sie, könne sie nicht leiden; sie höre und sehe das. Auch sie selbst hasse die Menschen und das Gewühl der Großstadt, wiederholt den dringenden Wunsch nach T., angeblich, weil sie dort entsprechend beschäftigt werde. Patientin kommt auf ihre Kopfschmerzen zu sprechen, bringt alles mit Leichenbittermiene vor; sieht zu Boden, beachtet aber doch sehr aufmerksam die Vorgänge der Umgebung; bewegt für sich lautlos die Lippen. Anästhesie und Analgesie der oberen Gesichtspartien und der Hände.

20. April. Arbeitet, drängt auf Übersetzung nach T.

1. Mai. Wendet, als der Arzt vorübergeht, das Gesicht gegen die Scheiben und spricht einige halblaute Worte.

20. Mai. Nach T. transferiert.

Eine Frauensperson, die seit mehr als zehn Jahren mit kurzen Unterbrechungen in Irrenanstalten sich befindet, kaum entlassen, immer wieder zu trinken beginnt. Es soll nun gezeigt werden, daß die einzelnen Geistesstörungen sich durchaus nicht wie alkoholische verhalten, daß sie hysterische Züge tragen, als Hysterie zu diagnostizieren sind, daß sie in genau denselben Formen auftreten, wie bei anderen Hysterischen, die dem Abusus spirituosorum nicht ergeben sind.

Patientin bittet bei der ersten Aufnahme um die Erlaubnis, sich das Leben nehmen zu dürfen, aber erst am Kommissariate. Für diese akute Störung ist sie amnestisch. Sie setzt nach ihrer Internierung mit anderen Erscheinungen fort, die nur eine oberflächliche Ähnlichkeit mit einem Delir haben. Die Kranke ist vollkommen klar, demonstriert die Tiere, die sie halluziniert, unaufgefordert bei der Visite, ist dabei ausgezeichnet über die wirkliche Umgebung orientiert, kennt den Arzt und feiert eine romantische Hochzeit mit ihm in der Zelle: nichts anderes als Pseudologie. Während die Nächte ganz gut ablaufen, dauern die Sinnestäuschungen untertags über vier Wochen an. Patientin sieht einmal einen Blutegel, was schon gar nicht mehr typisch ist.

In einem lebhafteren, geradezu stürmischen Delir kommt sie wenige Monate nach der Entlassung schon wieder. So rasche Rezidiven des Alkoholdelirs werden wohl nicht beobachtet. Es fehlt der Kranken weiters der Witz; sie ist mürrisch, abweisend, affektiv sehr erregbar.

Mit einem andersartigen manischen Zustandsbilde tritt sie 1899 neuerlich in Wien auf, nachdem sie sich über drei Jahre in einer andern Irrenanstalt verpflegt, dann aber auch über 14 Monate in dienender Stellung, also ohne psychische Störungen gehalten hatte; diese Regellosigkeit sei hervorgehoben. Jetzt sind durch Faradisation Amnesien und Stigmen leicht zu beseitigen; damit ändert sich auch das Benehmen der Kranken, die freundlich und zuvorkommend wird.

Ihre Genesung währt nicht lange. Am 24. September 1901 wie am 13. Jänner 1902 läßt sie sich wieder aufnehmen. Neben den so gewöhnlichen indifferenten Gesichtstäuschungen der Psychoneurose ist bemerkenswert, daß Patientin den Polizeiarzt durch angelegentliche Erwähnung der Psychiatrie gleich auf die richtige Fährte bringt. Der Annahme, als ob wenigstens die durch Jahre zurückdatierten Gehörstäuschungen auf den chronischen Alkoholismus zu beziehen wären, widerspricht das Verhalten der Kranken. Sie weiß ganz gut, daß es Halluzinationen sind, sie erzählt spontan, daß sie krank sei, dissimuliert habe, um hinauszukommen; sie erschwert dadurch für später die Entlassung. Am charakteristischesten aber ist es, daß sie ihre Sinnestäuschungen gerade nur vor den Augen der Ärzte zeigt; diesen gegenüber murmelt sie vor sich hin. Eine große Anzahl von Beobachtungen aus der Ferne sowie unbedingt zuverlässige Wärterberichte stimmen darin überein, daß Patientin für sich allein nicht halluzinierte. Der Welt- und Menschenhaß, den sie im Munde führt, hindert sie nicht, ein oder mehrere Verhältnisse zu unterhalten, und ihr sehnlichster Wunsch ist es, in die modern eingerichtete Anstalt nach T. zu kommen, was Alkoholhalluzinanten oder Alkoholparanoiker gemeinhin nicht so lebhaft wünschen. Im Zusammenhalt der vollständigen Biographie sind die Widersprüche im Krankheitsbilde deutlich genug. Unter dem unmittelbaren Eindruck eines Examens, das Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen ergibt, scheint es aber begreiflich, daß die Patientin unter den verschiedensten Diagnosen, so auch als Paranoia geführt wurde. Insofern sich

aber der Verlauf an gar keinen Typus des Systems hält, keineswegs als ein fortschreitender bezeichnet werden darf, sieht man eine Geistesstörung willkürlichen Gepräges vor sich und das ist nur die Hysterie als Ausdruck des Krankheitswillens.

Die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Hysterie kann zu Erwägungen Anlaß geben, insofern bei Paralyse manchmal Anfälle vorkommen, die hysterischen nicht ganz unähnlich sind, indem man Erröten im Affekt, beeinflußbare Gangstörungen zu beobachten Gelegenheit hat. Möbius sah einen Fall von ganz initialer progressiver Paralyse, der von einem heftigen Tremor der Beine beim Gehversuch geheilt wurde. Babinski erzählt von einem vorgeschrittenen Paralytiker mit hochgradiger Sprachstörung, Pupillendifferenz, intellektuellen Ausfällen, Lippentremor, der Astasie und Abasie darbot, die Beine im Bette aber ganz gut bewegen konnte. Auf Faradisation und Suggestion ging er einige Meter weit. Es scheint, als ob hier im Zusammenhange mit der Kritikschwäche bei beginnender Paralyse psychogene Störungen auftreten, die sich durch Wahnideen erklären lassen. Die Vorstellung z. B., nicht gehen zu können, ist eine bei hypochondrischer Paralyse gar nicht seltene; die Kranken knicken demgemäß zusammen, wenn man sie auf die Beine bringt. Daß die ärztliche Autorität diese und andere Wahnideen wegsuggerieren kann, ist bei der leichten Überredbarkeit dieser Patienten nicht zu wundern. Indem das Symptom durch bewußte Vorgänge, Ideen vermittelt wird, dürfte man nach der herrschenden Ansicht nur von Hypochondrie sprechen.

Bei Paralyse wie bei Hirnerkrankungen einerseits, bei Hysterischen andererseits setzen Dämmerzustände schleichend ein. Die Kranken vernachlässigen die Arbeit, verirren sich, werden aufgegriffen und bieten nun einen Blödsinnszustand dar. Sie sind mangelhaft orientiert, in ihrer Merkfähigkeit schwer gestört, reden vorbei, geben wohl auch ganz unsinnige Antworten. Die Suggestibilität der Hysterischen erinnert an das bereitwillige Ja der Paralytiker; Euphorie kann man bei beiden Zuständen antreffen. Es entscheiden wohl nur die körperlichen Symptome und der Verlauf bei längerer Beobachtung. Hysterie bietet höchstens Steigerung der Patellarsehnenreflexe, Pupillendifferenz, wenn keine Lues vorausgegangen ist, über die man bei weiblichen Individuen allerdings nicht immer Auskunft erhält. Ebenso wichtig wäre das Fehlen von paralytischer Sprachstörung, die bei Hysterie tatsächlich erst in einem einzigen Fall (Bödeker) registriert worden ist.

Wenn also auch bei einzelnen Patienten die Diagnose Schwierigkeiten bereitet, für eine begrenzte Beobachtungsdauer sogar unmöglich sein kann, so darf das nicht abhalten, den prinzipiellen Gegensatz zwischen Hysterie und Paralyse zu betonen. Es ist aber nicht auszuschließen, daß ein hysterisch veranlagtes Individuum Lues und dann Paralyse, sowie eine

Tabes akquiriert. Das Auftreten einer akuten hysterischen Geistesstörung bei Tabes ist durch mehrfache, auch eigene Beobachtungen sichergestellt; somit wäre möglich, daß die Hysterie noch in eine beginnende Paralyse hinein sich manifestiert. Die Prognose wird dann aber nur von der Paralyse beherrscht und in späteren Stadien genügt es wohl, diese allein zu diagnostizieren.

Recht lehrreich bezüglich der Wertung von einzelnen Symptomen ist die Kontroverse über die Störungen nach Wiederbelebung Erhängter: im wesentlichen Krämpfe und Amnesie. Aber wenn man beide diese Symptome bei Hysterie findet, so trifft man sie auch bei verschiedenen anderen Krankheitsformen. Es widerspricht der Auffassung des Begriffes Hysterie anzunehmen, daß jedes nicht hysterische Individuum in Anschluß an eine organische Schädigung des Gehirnes hysterisch werde, aber nur, weil es vorübergehend zwei hysteriforme Erscheinungen darbietet. Hier ist es doch wohl folgerichtiger, sich an das Greifbare zu halten und die Symptome direkt auf die Läsion zu beziehen. Natürlich kann eine Hysterica sich aufhängen und dann einen hysterischen Anfall erleiden, wenn man sie abschneidet; charakteristischer ist es unzweifelhaft, wenn sie den Anfall produziert, bevor es zum Aufhängen kommt.

Lührmann teilt zwei Fälle mit, welche das Auftreten echter Hysterie bei Strangulierten beweisen sollen. In dem zweiten Kasus sieht der Krampfanfall so aus, wie wenn der Patient sich verstellen würde. Er ist klar, läßt nach einem Verweis sich zu Boden fallen, kugelt herum, grunzt, schlägt um sich, gibt dann wieder prompt Auskunft, bietet Amnesie. Dazu beobachtete Lührmann Sensibilitätsstörungen, Fehlen des Rachenreflexes, vollkommene Analgesie der Zunge und der Glans penis. Es ist natürlich nicht auszuschließen, daß wirklich einmal eine Hysterie an das Suicid anknüpft, durch die Strangulation geweckt wird; doch ist bei der Diagnose Hysterie Vorsicht geboten, indem man bei den verschiedensten organischen Läsionen Anfälle beobachtet, die hysterischen aufs Täuschendste ähnlich sehen, sogar hysteriforme Symptomenkomplexe; und jedem Untersucher sind schon diagnostische Fehlgriffe passiert, indem man Hysterie annahm, während der Patient starb und die Obduktion ein positives Ergebnis, z. B. einen Cysticercus im IV. Ventrikel aufdeckte.

Speziell bei Hirntumoren sind solche hysteriforme Erscheinungen von den verschiedensten Seiten beschrieben worden (Lührmann, Schönthal, Infeld. Kaplan). Man hat sich gelegentlich damit geholfen, daß man eine Kombination mit Hysterie annahm, wie sie für gewisse Nervenerkrankungen ganz offiziell und regelmäßig anerkannt wird, doch wurde auch zugegeben daß der Krankheitsprozeß selbst die Erscheinungen machen könne. Kaplan meint, die Symptome eines Tumors kommen zustande durch Einwirkung der Neubildung auf das betreffende Zentralnervensystem. Bei einem von Haus aus abnormen Gehirn treten auch

Störungen auf, die in der Eigenart des befallenen Gehirnes ihren Grund haben. So könnten Anfälle psychogener Natur durch Autosuggestion von den durch den Tumor bedingten epileptoiden Anfällen her das reproduzieren, was dem Kranken am meisten imponiert hat. Schönthal erklärt die hysteriformen Erscheinungen seines Falles dadurch, daß er sagt, die Fernwirkung des Tumors habe bei dem zu Hysterie disponierten Individuum spezifische Symptome hervorgebracht.

Es scheint indes, als ob die Notwendigkeit einer Kombination von Hirntumor mit Hysterie in diesen Fällen noch nicht überzeugend dargetan sei; möglich ist sie natürlich. warum soll aber nicht ein Hirntumor selbst Störungen verursachen können, die aussehen wie die psychogen entstandenen der Hysterie? Mechanismen wecken, die in jedem Gehirne vorgebildet schlummern? Es würde hier der organische Reiz wirken, wie bei der Hysterie die Erregung vom Affektbewußtsein her. Die Genese wäre verschieden und differentialdiagnostisch entscheidend. Kennt man doch kein einziges Symptom, das für sich allein Hysterie absolut beweisen würde. Mit Recht meint Infeld, es wäre gekünstelt, eine Krankheitserscheinung, die in deutlich klinischem Zusammenhang mit der organischen Erkrankung auftritt, nur wegen äußerlicher Ähnlichkeit auf Hysterie zu schieben, weil man das Symptom in diesem Zusammenhange zu sehen gewohnt ist.

Deutlicher ist das vielleicht noch bei den psychischen Störungen, welche Hirntumoren begleiten. Man findet hier Delirien, Gesichtstäuschungen, eine eigentümliche Benommenheit, dasselbe „Ich weiß nicht“, das bei Stimulieren durch eine widerwillige Antwort ersetzt werden kann, genau wie bei Hysterie. Es sind aber alle diese Erscheinungen aus dem Hirndruck, der unmittelbaren Tumorwirkung so verständlich, daß man die Hysterie nicht erst heranzieht, wiewohl die äußerliche Ähnlichkeit eine überraschend große sein mag. Aus mehrerlei Rücksichten empfiehlt sich eine Vereinfachung der Diagnostik. Wenn eine organische Affektion, ein Hirntumor vorliegt, so verschwindet dagegen die Hysterie. Sie hat für das Individuum weder prognostisch noch therapeutisch eine Bedeutung. Es ist geradeso, wie wenn man konstatiert, daß ein Krebs durch eine Magenneurose kompliziert wird. Es ist wesentlich ein Streit um die Auffassung der einzelnen Symptome respektive um die Frage ihrer mittelbaren oder unmittelbaren Entstehung, und die Diagnose Hysterie bedeutet nicht einmal eine Erleichterung für die Auffassung. Von theoretischen Erwägungen abgesehen, sprechen aber auch sachliche Gründe dafür, die Kombination von Hirntumor und Hysterie möglichst selten anzunehmen.

Akut einsetzende Schlafanfälle wären gegen eine organische Apoplexie als sogenannte hysterische Apoplexie abzugrenzen. Von Wichtigkeit ist, daß bei Hysterie Atmung, Puls, Temperatur normal sich

verhalten oder in wechselvoller Weise variieren, während gesetzmäßige klinische Symptome die organische Affektion begleiten. Man vermißt bei der Hysterie die halbseitige Reflexsteigerung, nur selten entwickelt sich Hemikontraktur in der Halbseitenlähmung; dazu kommen hysterische Stigmen.

Die Hysterie kann sich in das Gewand der Hypochondrie kleiden, mit welcher sie die gesteigerte Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper, die eingebildeten Leiden gemeinsam hat; außerdem sind bei Hypochondrie hysteriforme Anfälle beschrieben worden, die der Willkür unterworfen scheinen: schüttelnde Bewegungen der Extremitäten, Kontraktionen in den Bauchmuskeln, Atemkrämpfe, Anfälle von trockenem Husten, von Weinen und Schreien. Diese Symptome sollen den Hypochondern selbst als etwas Fremdartiges imponieren und dadurch zustande kommen, daß die Patienten, wenigstens momentan, von ihrer schmerzhaften Stimmung übermannt werden und die Willenskraft nicht haben, diese Bewegungen zu unterdrücken. Damit nähert man sich aber schon bedenklich der Hysterie. Wenn Mechanismen, wie sie dieser eigen sind, als Affektsausdruck verwendet werden, dürfte es schwer halten, das Vorhandensein einer hysterischen Veranlagung auszuschließen.

Die hypochondrischen Krankheitsäußerungen sollen bewußt, die hysterischen unterbewußt aus Vorstellungen herauswachsen, d. h. die hysterische Lähmung sei eine Komplikation der Psychose, trete ein von dem ausgesprochenen Gedankengang der Patienten unvorbereitet, während sie beim Hypochonder auf Urteilsassoziationen zurückgehe; der Neurastheniker wie der Hypochonder verkennen die primäre Rolle bewußter Vorgänge nicht. Wie schon ausgeführt, trifft diese feine Unterscheidung insofern nicht zu, als die Hysterischen auch ganz bewußt Krankheitserscheinungen vortäuschen, dieselben vorher ankündigen. Die Schwierigkeit liegt aber nicht bei der Diagnose Hysterie, für welche vielerlei Anhaltspunkte vorliegen, sondern auf Seite der Hypochondrie. Diese verfügt über keine eigenen Mechanismen; hypochondrische Wahnideen finden sich bei den verschiedensten Formen des Irreseins: man müßte daher die Diagnose Hypochondrie gegen allerlei Einwendungen festigen, die sich auch bei Durchsicht mancher Krankengeschichten sogenannt hypochondrischer Psychosen geradezu aufdrängen. Am bequemsten ist es natürlich wieder, in den unausgesprochenen Zustandsbildern mit der Annahme einer Kombination sich zu helfen; man hat, insofern wirkliche kleine Leiden lebhaft übertrieben dargestellt werden und den Patienten zu schweren Verstimmungen bringen, von hysterischer Hypochondrie gesprochen. Indeß dürften auch diese Fälle entweder als Hysterie oder rein symptomatisch als Hypochondrie zu diagnostizieren sein, indem die beiden Psychosen durch einen prinzipiellen Gesichtspunkt sich unterscheiden, wenn auch die Hysterischen als Hypochonder auf-

treten, wie zahlreiche sonst normale Menschen eine gewisse Neigung zu Krankheitsbefürchtungen mit sich herumtragen, und Hysterie wie Hypochondrie auf verwandt degenerativer Grundlage stehen. Die Differentialdiagnose scheint in prognostischer und therapeutischer Rücksicht von Bedeutung.

Die typische Hysterie befremdet dadurch, daß sie bei Krankheitserscheinungen, die schon durch ihre Schwere auf den Beschauer überwältigend wirken, gar keine depressiven Affekte hinzutut. Man sieht Hysterische, welche an allen vier Gliedmaßen gelähmt sind, die Sprache verloren haben, dabei aber den Arzt mit dem freundlichsten Nicken begrüßen, trotzdem er ihnen ja nicht helfen könne. Ein solches Unverständnis dem schweren Leiden gegenüber findet sich wohl nur bei vorgeschrittenen Blödsinnszuständen. Die Hysterica nimmt die Funktionsstörungen indessen wahr, sie verhält sich dazu aber wie ein unbeteiligter Dritter; die Krankheit erschöpft sich gewissermaßen in dem umschriebenen Symptom, das keiner weiteren Unterstreichung bedarf. Andererseits gibt es Fälle von Hysterie, wo die subjektiven Klagen für die Umgebung ganz unleidlich werden; das sind jene, bei welchen schwere Lokalisationen fehlen, wo die Erfindungsgabe versagt oder wo wirklich ein quälender körperlicher Zustand die Hysterie kompliziert. Hysterie und Hypochondrie bedürfen der Aussprache, verlangen nach Ärzten und Wundermitteln, beide widerstreben der Heilung; wie der Hypochonder sagt die Hysterica: Mir ist nicht zu helfen; aber ersterer als Stoßseufzer der Verzweiflung, aus Furcht; letztere mit tief innerlicher Befriedigung, aus Wunsch. Die Hysterica bleibt zeitlebens ein Gegenstand des Bedauerns und der tätigen Rücksichtnahme von seiten ihrer Umgebung; sie darf sich von unangenehmen Verpflichtungen nach Belieben losmachen und ist doch nicht gehindert, ihre Persönlichkeit nach anderen Richtungen auszuleben. Bezieht sich die Hypochondrie wie so häufig auf psychische Zustände, Angst vor Gehirnerweichung, dann ist die Irrenanstalt für den Hypochonder ein Gegenstand des Schreckens, gegen den er sich verzweifelt wehrt; er wird seine Geisteskrankheit nie anerkennen. Dafür sieht die Hysterie im Tollhause ein Mittel der Drohung, mit dem sie ihre Umgebung dirigiert. Sie erwartet aber das Furchtbare, das sie über die unverständigen Leute hinausheben, das der teilnehmenden Mitwelt klar machen soll, wie schlecht man sie behandelt. Die Hysterie fühlt sich hinter den Gittern sehr bald wohl und heimisch, sie ist den Freuden des Lebens nicht abgeneigt, sehr leicht zu zerstreuen, zu unterhalten, während der Hypochonder jeder Ansprache unzugänglich, in der endlosen Wiederholung seiner Befürchtungen, in der Verzweiflung über seine Krankheit vergebens Trost sucht, die Internierung in der Irrenanstalt als Hohn und Strafe empfindet. Ein Fall, auf den diese differentialdiagnostischen Erwägungen Anwendung gefunden haben, ist Beobachtung XLIV; Suggestibilität

und andere Stigmen halfen bei der richtigen Wertung des Krankheitsbildes.

Nicht ganz leicht ist die Unterscheidung der Hysterie von der konstitutionellen Neurasthenie. Auch bei der Nervosität, die einen Dauerzustand darstellt, findet man Charaktereigentümlichkeiten, eine größere Bestimmbarkeit; Vorstellungen setzen sich aber höchstens in subjektive Krankheitsempfindungen um, die hysterischen Mechanismen fehlen. Eine neurasthenische Lähmung gibt es nicht; bei der Unmöglichkeit über einen freien Platz zu gehen, ist das Auftreten eines lebhaften Angstaffektes das primäre. Der hemmende Einfluß von Affekten ist schon im normalen Seelenleben zu beobachten und ganz verständlich; der Neurastheniker läßt über diese, ihm bewußte Genese seiner Ausfallserscheinungen nicht im Unklaren. Wesentlich kommt es bei der Differentialdiagnose darauf an, wie weit man die konstitutionelle Neurasthenie faßt. Es dürfte geraten sein, dieselbe keineswegs zu einem Sammelbegriffe auswachsen zu lassen oder sie mit den dégénerés überhaupt zu identifizieren. Die einfache nervöse Erschöpfung, die Neurasthenie mit ihren Lokalisationen, z. B. die so häufige sexuelle Neurasthenie, sind ganz klare und umschriebene Krankheitsbilder, mit Hysterie nicht zu verwechseln. Allgemein kann man sagen: Die der Nervosität zugrunde liegende Vorstellung ist subjektiv unwahr, der Kranke dieser Vorstellung sich bewußt, obzwar sie sein Denken beherrscht. Die Hysterischen sind sich ihrer Krankheitsvorstellung größtenteils, in schweren Fällen immer unbewußt, obzwar jene eine reale Basis hat. Der Neurastheniker fürchtet sich vor der Cholera, die er gar nicht kennt, von der er nichts zu besorgen hat. Die Hysterie ist nach einem Hundebiß erkrankt, das Trauma veranlaßt Symptome, während der Kranke sich anscheinend gar nicht mehr darauf erinnert.

Eigenartig ist, wie schon im Kapitel III *e* angedeutet, das Verhältnis zwischen Hysterie und manisch-depressivem Irresein. An der Klinik wurde eine Reihe von Zirkulären beobachtet, bei welchen man über die mehr minder große Rolle, die der Hysterie im Krankheitsbild zuzuweisen wäre, verschiedener Meinung sein konnte, vielleicht annehmen durfte, daß ein hysterisch veranlagtes Gehirn an zirkulärem Irresein erkrankt. Es scheint dies um so leichter möglich, als auch das letztere eine degenerative Psychose darstellt.

Mein persönlicher Standpunkt ist folgender: Die Periodizität allein erschöpft das Wesen einer Geistesstörung nicht soweit, daß man daraus eine Krankheit sui generis machen kann. Eine große Anzahl von Menschen, das weibliche Geschlecht als solches, ist periodisch veranlagt; die Periodizität ist ein Symptom, das Neurosen und Psychosen zukommt. Hier beweist sie, daß es sich um eine degenerative Erkrankung handelt. Es gibt somit auch periodische Störungen bei Hysterie, um so mehr als der

chronische Hysterismus sich aus kurz dauernden Anfällen von Geistesstörung aufbaut. Das ist aber Hysterie, kein zirkuläres Irresein, keine kombinierte Psychose.

Nissl hat wohl recht, wenn er die Kombination von Hysterie und zirkulärem Irresein als Rarität hinstellt respektive behauptet, daß er noch keine solche gesehen habe. Es wird auch hier eine Alternativentscheidung wenigstens anzustreben sein: Hysterie oder zirkuläres Irresein; namentlich für wissenschaftliche Zwecke dürfte es nicht genügen, daß man bei einer erregten und erregbaren Hysterica zwei ruhigere Phasen beobachtet und daraufhin den Kasus als zirkuläre Psychose diagnostiziert. Stets wäre eine genauere Analyse zu verlangen, und nur wenn sich nachweisen läßt, daß wirklich unabhängig von äußeren Einflüssen respektive von erschließbaren, durch äußere Einflüsse unmittelbar bestimmten Innenvorgängen, endogen, heitere und traurige Verstimmung miteinander abwechseln: dann würde der Fall dem zirkulären Irresein einzuordnen sein.

Die Entscheidung wird in praxi erschwert durch das Auftreten eigentümlicher Bilder im Rahmen des zirkulären Irreseins. Namentlich in der manischen Phase findet man Zustände, welche den Eindruck hysterischer machen: Ohnmachtsanfälle, vorübergehende Bewußtseinstrübung, eine Mischung der verschiedensten Affekte, im ganzen ungewöhnliche Beeinflußbarkeit, Abhängigkeit von der Umgebung, Labilität der Stimmung; dazu kommen noch als Äußerungen der degenerativen Grundlage, pathologische Lügen eventuell Schwindeleien. Da man diese Symptome bei zirkulärem Irresein außerordentlich häufig antrifft, Rudimente derselben fast regelmäßig, ohne daß sonst für Hysterie Anhaltspunkte vorliegen und ohne daß diese Symptome die Hysterie erschöpfen, scheint es gerechtfertigt, dieselben als Teilerscheinung des zirkulären Irreseins selbst zu nehmen. Allgemein wird ja die Berechtigung der Forderung anerkannt und ist zu erweisen, daß man nie aus einzelnen psychischen Symptomen und schienen dieselben noch so prägnant, mit Sicherheit ein klinisches Krankheitsbild diagnostizieren könne.

Ein als Hysterie aufgefaßter, scheinbar zirkulärer Fall ist schon im klinischen Kapitel mitgeteilt worden; an denselben schließt ein zweiter, der differentialdiagnostisch tatsächlich größere Schwierigkeiten bereitet. Ein Abschnitt aus der Krankengeschichte ist bereits als Kombination von zirkulärem Irresein und Hysterie publiziert. (Pilcz.) Ich möchte im Rückblicke auf das nunmehr vorliegende Material den Kasus zur Gänze der Hysterie zurechnen.

Beobachtung L.

Valerie E., 17 Jahre alt, ledig, katholisch, ohne Beschäftigung, kommt am 27. August 1898 an die Klinik.

Patientin wird während eines Spazierganges auf der Straße von Krämpfen

befallen, auf eine Tragbahre gefesselt und zum Amte gebracht. Sie gibt hier ihr Nationale richtig an: ein weiteres Examen ist jedoch nicht möglich, da sie unartikulierte Laute ausstößt, laut zu lachen beginnt. Nach der Aufnahme ruhig, schläft ein.

28. August. Zeitlich und örtlich orientiert; gestern 4 Uhr nachmittags sei ihr unwohl geworden; seither wisse sie gar nichts, bis sie in der Zelle wieder zu sich kam. Klagen über Müde und Abgespanntheit. Vor 4 Jahren Sturz von einer Leiter; dabei habe sie sich Arme und Beine gebrochen, durch 1 Jahr auf Krücken gehen müssen, hinke noch jetzt am linken Fuße, sie könne den Harn nur wenige Minuten halten, ließ sich wegen ihrer Inkontinenz operieren. Die Kranke hat bis nun nicht menstruiert, gibt spontan an, sie habe seit einem Jahre Ohnmachtsanfälle ohne Zungenbiß, regelmäßig „wenn sie die Periode bekommen sollte".

Motorische Kraft der linken unteren Extremität etwas geringer als rechts. Analgesie der rechten Gesichtshälfte, des rechten Armes, Hypalgesie am Thorax.

29. August. Ausgelassen heiter, bewegt sich im Zimmer ohne Gangstörung.

15. September. Die Ankündigung ihrer bevorstehenden Transferierung in die Versorgung ruft einen pathologischen Affektausbruch hervor, indem Patientin sich zur Erde wirft, die Haare rauft, um sich schlägt: sie nehme sich das Leben, bevor sie in die Versorgung gehe.

30. September. Beschimpft in der gemeinsten Weise Genossinnen, Wärterinnen, Ärzte. Häufig aggressiv, haut in sinnloser Wut um sich, produziert fortwährend Wünsche, droht bei Nichterfüllung mit neuen Wutausbrüchen.

8. Oktober. Bei Ankunft in der Irrenanstalt ruhig, etwas kindisch; schläft gut.

Patientin gibt an, als Kind an Typhus und Diphtheritis gelitten, in der Schule gut gelernt zu haben. Die Schilderung ihrer Anfälle widerspricht sich unaufhörlich. Vorher schlafe sie schlecht, habe lebhafte Träume und phantasiere bei Nacht. Sie werde aufgeregt, soll dann tobsüchtig sein und schreien, verunreinige sich mit Urin (Inkontinenz). Außerdem erzählt die Kranke, daß sie von Kindheit an Schwindelanfälle habe, plötzlich umfalle und bewußtlos werde. Diese Anfälle seien in der letzten Zeit sehr häufig geworden, verlaufen ohne Verletzung und Krämpfe. — Sie lebe ganz für sich, habe keine Freundin, kein Verhältnis; kenne als Findelkind keine Angehörigen.

13. Oktober. Lacht gern unmotiviert.

18. Oktober. Wechselndes Verhalten. Patientin ist äußerst anspruchsvoll, eigensinnig, sofort gereizt, wenn ein Wunsch nicht erfüllt wird, droht mit Schlagen, Demolieren, Selbstmord. Sie rühmt sich, daß sie dem Personal viel Arbeit und Ungelegenheiten zu bereiten verstehe, verweigert einmal die Nahrung; sie wolle auch genährt werden. Zeitweise ruhig und mit Handarbeit beschäftigt. Am

11. November in die Irrenanstalt K. übersetzt, nimmt Patientin von den Wiener Wärterinnen außerordentlich tragisch Abschied, sucht sich durch lautes Schluchzen und jammernde Ausrufe bemerkbar zu machen. Mit erotischen, zugleich aber groben Äußerungen tritt sie an die neuen Personen heran, leitet das Gespräch sofort auf ihr Unterleibsleiden, droht dem Arzte mit Ohrfeigen, wenn er ihre Genitalien nicht untersuchen wolle. Sie spricht auch von Tobsuchtsanfällen, die sie infolge ihrer Geschlechtserkrankung bekommen habe, verlangt absolut, man solle ihr die Gebärmutter herausnehmen, weil sie sonst nicht gesund werden könne.

18. November. Hängt sich immer an die Visite mit allen möglichen Wünschen, schimpft bei Verweigerung, verlangt stürmisch nach Arbeit.

31. Jänner 1899. Gefügiger und lenksamer.

22. März. Läppisch, etwas vorlaut; dabei aber harmlos, arbeitslustig.

5. Mai. In die Versorgung abgegeben. Am

31. Oktober wird sie an eine Bahre gegurtet, dem Beobachtungszimmer überstellt. In zornig-trotzigem Affekte weint Patientin, wälzt sich hin und her, schlägt um sich, zerreißt was ihr in die Hände gerät, reagiert nicht auf Anrede, sucht sich jeder Fixierung gewaltsam und durch Beißen zu entwinden. Sie beruhigt sich aber bald, schläft ein, kommt am

1. November um 6 Uhr früh auf, orientiert sich durch Fragen. Sie hat eine amnestische Lücke von gestern 7 Uhr abends, wo sie sich in einer Gasse des VII. Bezirkes befand, bis heute früh. — Druckempfindlichkeit in der Tiefe des Hypochondriums, r. $>$ l.; Gaumen- und Rachenreflexe stark herabgesetzt: Patellarsehnenreflexe gesteigert. — Am 18. August d. J. wurde Patientin von Professor W. wegen Adnextumor (Gonorrhöe) vaginal totalexstirpiert. Bis dahin niemals Menses. Seit der Operation in Intervallen von ungefähr 3 Wochen Angstgefühle; außerdem sei sie schlaflos, fühle Wallungen im Kopfe, Stechen in den Schläfen und in den Hypochondrien. Ihre Anfälle, Zuckungen in den Händen mit Amnesie, in der Dauer von 1 bis $1^1/_2$ Stunden erfolgen jetzt in unregelmäßigen Intervallen. Vor der Einbringung der erste größere Insult.

10. November. Die leicht erregbare Kranke wünscht sich in eine bestimmte Irrenanstalt; für die Arbeit tauge sie nicht, sie gerate immer in Zorn, wenn ihr die Dienstgeberin einen Auftrag erteile; sie habe ihrer letzten Herrin das ganze Geschirr zerschlagen. Bittet um Änderung der Kost. Am

20. November in die Irrenanstalt übersetzt.

25. November. Korrekte Auskünfte in jeder Beziehung. Unmittelbare Ursache der Internierung sei ein tätliches Rencontre mit der Dienstgeberin gewesen. Stimmung labil; während der Untersuchung beginnt Patientin plötzlich zu weinen.

1. Jänner 1900. Meist kindisch eigensinnig, trotzig, dann wieder läppisch zutraulich; gelegentlich der Visite Erregungszustände.

7. März. Beiderseits Ovarie; allgemeine Hypalgesie. Die Kranke gibt an, früher zeitweise traurig gewesen zu sein, über manische Verstimmungszustände ist nichts zu erfahren. Seit 3 Tagen täglich Anfälle mit blindem Herumschlagen, Kratzen. Patientin fühlt den Anfall nahen, dann kommt Schwindel, alles im Zimmer dreht sich, tanzt und sie verliert das Bewußtsein.

7. April. Die letzten Wochen lebhaft, erotisch in Reden und Gebaren, außerordentlich wechselnder Stimmung; urplötzlich heftige Zornaffekte mit unflätigem Schimpfen. — Häufig konvulsive Anfälle mit nachfolgender Verworrenheit und Amnesie. Während eines Anfalles konstatiert: lichtstarre Pupillen, Analgesie.

9. Mai. In der Vorlesung erscheint die Patientin mit Blumen geschmückt und verteilt dieselben; ihr übermütiges, oft beleidigendes Benehmen entschuldigt sie durch die Unmöglichkeit der Selbstbeherrschung.

15. Juli. Andauernd labiler Stimmung, vorwiegend ausgelassen, oder in nicht versiegen wollenden Tränenströmen. Seit langer Zeit kein Anfall mehr.

20. Juli. Ruhig, bescheiden, beschäftigt sich mit Handarbeit.

So bleibt Patientin die Ferien über bis Anfang Oktober. Sie ist fügsam, nicht aufdringlich, spricht über ihr früheres Verhalten mit Einsicht und wünscht Entlassung unter Hinweis auf die Besserung ihres Zustandes.

16. Oktober. Wegen einer harmlosen Äußerung heute sehr gereizt, verlangt auf die Isolierabteilung, macht dem Arzte Vorwürfe, er wolle sie vergiften.

18. Oktober. Wieder beruhigt, erzählt lächelnd, sie könne nichts dafür, wenn sie zeitweilig den „Verfolgungswahn" habe.

22. Oktober. Zunehmend heiter, ungeniert, in Benehmen und Äußerungen herausfordernd erotisch, führt mit einer Maniaca unzüchtige Reden.

1. November. Läuft laut schreiend und lachend stets nach einer Richtung im Kreise herum, ganz unzugänglich gegen Anreden; sie hat aus zerrissenem Papier eine Art Draperie erzeugt. Nähert man sich der Kranken, so stößt sie Drohungen aus. Bei der Nachmittagsvisite Status idem. Nachts 12 Uhr ist Patientin klar, amnestisch.

2. November. Zeitlich desorientiert, erinnert sich nur an den vorgestrigen Tag. Weiß, daß sie aufgeregt war, daß ihr schwarz vor den Augen wurde; sie behauptet, gestern keine Visite gehabt zu haben. Schlaf unterbrochen.

12. November. Die Tage her manisches Verhalten; heute wieder Dämmerzustand von gleichem Aussehen wie der am 1. November beschriebene.

13. November. Abends äußerungslos, in der Zelle, duldet keinen Strohsack, kauert sich in einem Winkel nieder, reagiert nicht auf Fragen; die Nacht bringt sie schlaflos zu.

14. November. Heute von unbändiger Heiterkeit, ohne sonderliche motorische Unruhe. Trotz eindringlichen Einredens ist keine Antwort zu erzielen; die Kranke blickt wie verständnislos um sich, scheint die Ärzte nicht zu erkennen; schreibt in diesem Zustand einen korrekten Brief.

15. November. Vollständig klar, erinnert sich an kein Detail von gestern.

16. November. Sinnloses Lachen, erkennt aber die Personen der Umgebung. Vorlesung: Kommt in den Hörsaal mit aufgelöstem Haar, barfuß, einen Blumenstrauß in der Hand. Auf Fragen, die an sie gestellt werden, antwortet sie manchmal sofort, sonst lacht sie statt zu antworten in krampfhafter Weise. Sie gibt an, schon drei Monate in der Zelle zu sein; bald darauf erzählt sie wieder, sie sei seit einem Monat in der Anstalt. Sie kann nicht den gegenwärtigen Monat angeben, bricht immer wieder in lautes Lachen aus.

17. November. Übermütig, Erinnerung für die Vorlesung.

18. November. Heute einige konvulsive Anfälle; bei der Nachmittagsvisite sehr deprimiert, weint viel, ist amnestisch für die Anfälle.

19. November. Heiter.

20. November. Nachmittag wieder Ausnahmszustand, rennt ununterbrochen stets in einer Richtung im Kreise herum, lacht gellend, nimmt absolut keinen Anteil an ihrer Umgebung; nähert man sich der Kranken, so weicht sie ängstlich zurück.

25. November. Vollständig klar, amnestisch sowohl für die Vorgänge des 20. November, ebenso für die Vorlesung am 16. d. M.

27. November. Seit drei Tagen auffallend still, spricht spontan nichts, in ihrer Kleidung geordnet, beschäftigt sich mit Handarbeiten.

28. November. Unruhig.

8. Dezember. Sehr aufgeregt, muß isoliert werden; verschlang einen Fingerhut. Nachmittags verwirrt, ganz unzugänglich, bringt nur in mussitierender Weise „hm hm" vor, die Miene ist dabei lächelnd. Auf Nadelstiche reagiert Patientin nicht. Pupillen auffallend weit, Kornealreflex bedeutend herabgesetzt.

9. Dezember. Bei der Vormittagsvisite Status idem. Nachmittags heiter, klar, amnestisch für die letzten acht Tage.

10. Dezember. Wieder Ausnahmszustand, Patientin lacht, stößt nur „hm hm“ hervor. Einer Wärterin gegenüber äußert sie, daß sie zwei Wärterinnen umbringen wolle. Nachmittag klar, erinnerungslos.

18. Dezember. Jetzt andauernd klar, von manischem Wesen, schlägt auf die Umgebung los.

25. Dezember. Seit etwa einer Woche totale Aphonie (ohne laryngol. Befund), erklärt heute, sie fürchte, daß sich wieder ein Anfall einstellen werde, sie ahne desgleichen immer voraus an einer eigentümlichen inneren Unruhe; verlangt spontan auf die Isolierabteilung.

26. Dezember. Der Anfall bleibt aus.

17. Jänner 1901. Lärmt, läuft nackt herum.

18. Jänner. Poltert an der Zellentüre, schreit, singt in polemisierender Weise, rennt in der Zelle im Kreise herum; nähert man sich ihr, dann lacht sie, gibt keine Antwort. Nachmittag klar, amnestisch, mit einer Erinnerungsinsel. Patientin weiß nichts von gestern 1 Uhr mittags ab, sie weiß aber, daß um 12 Uhr nachts Dr. R. die Inspektionsronde abhielt.

19. Februar. Seit einigen Tagen ruhig, fleißig.

7. April. Nachdem Patientin wochenlang auffallend still war, beginnt sie wieder zu reden, tollt mit anderen Kranken auf dem Gange umher.

6. Mai. Vorlesung: Kommt in den Hörsaal mit aufgelöstem Haar und phantastischem Kopfschmuck, ganz ungeniert, bewegt sich nur in kräftigen Ausdrücken, lacht laut auf ohne Ursache. Im folgenden wechselndes Verhalten.

19. Juni. Nach Erregung über ein vermeintlich ihr zugefügtes Unrecht wieder Ausnahmszustand. Patientin entkleidet sich, läuft unartikuliert schreiend, lachend in der Zelle umher.

20. Juni. Heute klar, gleichmäßiger Stimmung, Amnesie.

21. Juni. Nachmittag wieder Ausnahmszustand; Patientin lacht, spuckt im nächsten Augenblick auf die Umgebung, wiederholt: „Ich lasse mich nicht von der Wärterin beschimpfen.“ Analgesie.

26. Juni. Hochgradiger Erregungszustand; die Kranke steht mit kongestioniertem Gesicht im Gitterbett, rüttelt am Netz, spuckt auf die Umgebung, schlägt los, schreit fortwährend „Schwindlerin, Schwindlerin, eine solche Schwindlerin, umbringen, auf den Galgen gehören sie, sie Schlampen sie, hinaus! Ich lasse mich nicht umbringen“, läßt andauernd nicht mit sich reden. Angriffe wehrt sie dabei ab, allein gelassen, wendet sie sich wie fixierend nach der einen Seite und schimpft dahin. Als sich der Arzt in die Blickrichtung stellt, schreit sie nach der andern Seite in gleicher Weise fort. Dies Spiel läßt sich wiederholen. Analgesie. Patientin erhält eine Apomorphininjektion. Allmählich dämpft sich die Erregung, die Stimme wird leiser, $3^1/_2$ Minuten später tritt Erbrechen ein; die Kranke läßt alle Glieder schlaff auf die Unterlage sinken, antwortet auf Fragen nicht, gibt kein Zeichen des Verständnisses, schläft dann eine Stunde. Mittags Erbrechen, ohne Nahrungsaufnahme. Nachmittag ein gleich deliranter Zustand wie Vormittag.

27. Juni. Klar, behauptet, sie erinnere sich an nichts, weder an ihre Aufregung, noch das Erbrechen; sie habe sich den ganzen Tag wohl gefühlt. Wie zufällig kommt sie auf die Schwindlerin, die Wärterin F. zu sprechen; dieselbe stehe ihr nicht zu Gesicht, sie könne sie nicht leiden und sehe sie öfters vor sich. (Halluzination?) Bedankt sich für die Injektion, von der sie durch eine Wärterin erfahren habe; glaubt es sei Morphium gewesen. Tagsüber ausgelassen heiter, zugleich reizbar.

15. Juli. Die hysterische Charakterveränderung wird bei der Patientin

immer ausgesprochener. Sie hat Idiosynkrasie gegen bestimmte Personen; sie sucht aber nach Motiven für dieselbe; so knüpft an oft mißverstandene Worte und Beobachtungen gegen einen der Ärzte ein Haß an, der zu den heftigsten Ausschreitungen nur gegen diesen Arzt führt, worauf nach Verlauf einiger Zeit eine rührende Versöhnung erfolgt. Diese sprunghaft wechselnde Zu- und Abneigung ist von der psychomotorischen Erregung ganz unabhängig. Hingegen gelingt es letztere zu beeinflussen, sowie man sich der Kranken etwas eingehender widmet. Dies geschah nun aus diagnostischen Gründen. In wiederholten Sitzungen habe ich die Patientin über ihre Vorgeschichte ausgefragt und daranschließend ihr ein therapeutisches Verfahren in Aussicht gestellt.

Die anamnestischen Angaben, die man so erhält, sind nicht ganz frei von Widersprüchen; namentlich stößt die zeitliche Lokalisation auf schier unüberwindliche Schwierigkeiten. Inhaltlich wird aber noch manches bisher Unbekannte produziert. Von ihrem 7. bis 11. Lebensjahre war Patientin im Kloster der Jesu-Schwestern in J. Sie stand wegen Schwäche in ärztlicher Behandlung, eine Schwester sollte öfters mit ihr in den Wald gehen. Gelegentlich so eines Abendspazierganges hätten sie ein oder mehrere Männer von rückwärts überfallen, sie wurde nach hinten umgerissen, verlor das Bewußtsein, erwachte erst nach einer Weile wieder. Die Schwester verbot ihr, irgend jemand davon etwas zu sagen. Zu Hause fühlte sie Schmerzen im Genitale, sah Blut; verstand aber erst später, daß sie genotzüchtigt worden sei. Darauf folgten Weinanfälle; einige Monate nachher zerbrach sie im Garten sämtliche Rosenstöcke, ohne jede Veranlassung und kam darum zum ersten Male in psychiatrische Behandlung.

Im Alter von zwölf Jahren sprang sie in einem Anfall von einem Fenster des ersten Stockes herunter, nachdem sie geschrien hatte, sie wolle sich das Leben nehmen. (Es ist das jener Fall von der Leiter, den die Krankengeschichte erzählt.) Auch mit 13 Jahren eine ausgesprochene Psychose. Sie war damals unglücklich verliebt, hatte einen jungen Mann sehr gern. Sie hörte auf zu essen, sich zu waschen, zu kämmen; eines Tages begann sie zu streiten, lief herum, betete viel, sprach dann wieder, daß sie sich das Leben nehmen, verhungern wolle; sie bildete sich ein, sie dürfe nichts mehr essen, weil das Essen vergiftet sei; die Leute behandelten sie schlecht. Patientin schlug das ganze Geschirr des Hauses zusammen, ohne etwas davon zu wissen, legte sich ins Getreide, wurde erst nach Stunden gefunden und wieder nach Hause gebracht.

Bei jenem Stuprum wurde sie mit Gonorrhöe infiziert; sonst will sie es nie mit einem Manne zu tun gehabt haben; sie sei gegen Männer unempfindlich. Wenn sie einer ansprach, wurde sie höchstens grob. Zur gynäkologischen Operation ging sie lachend, sie wollte damals sterben. Schon am nächsten Tage phantasierte sie, schrie und schlug um sich. Ihre Krankheitserscheinungen führt sie auf äußere Anlässe zurück; vermag tatsächlich eine Reihe von Aufregungszuständen zu motivieren. Am

29. Juli wird Patientin das erstemal hypnotisiert. Sie setzt sich in einen Lehnstuhl; aufgefordert, die Uhr anzublicken, schläft sie in der kürzesten Frist ein. Sie erhält den Befehl, in einer Viertelstunde aufzuwachen; tut das aber nicht, sondern muß durch Schütteln und Verbalsuggestion erweckt werden. Hinterher ganz still, verstimmt; befolgt nur zögernd einen Auftrag, der ihr während der Hypnose gegeben wurde; klagt über Kopfschmerzen. Abends ganz munter.

2. August. Zweite Hypnose. Verlangt abseits geführt zu werden, damit

nicht alle Kranken zusehen. Dieser Wunsch wird nicht erfüllt. Als der Arzt sich ihr gegenüber setzt und sie anblickt, beginnt sie immer wieder zu lachen und hebt die Hand vor die Augen. Man sieht, wie sie krampfhafte Versuche macht, ernst zu bleiben, was ihr erst nach einer Weile gelingt. Sie hält dann den Blick des Arztes ruhig aus, bis sie einschläft. Katalepsie. Ein Wechselgespräch ist unmöglich. Patientin bewegt wohl die Lippen, bringt aber keinen Laut heraus.

4. August. Wiederum Hypnose; diesmal murmelt die Kranke schon. Therapeutische Suggestion.

6. August. Patientin ist dem Arzte sehr anhänglich.

7. August und 9. August. Die zwei letzten Hypnosen. Die Kranke hat beim Einschlafen gelegentlich noch mit dem Lachen zu kämpfen. Es wird die Suggestion erteilt, im Wachexamen sich an alles zu erinnern und alles mitzuteilen. Patientin kann aber keinerlei weitere Aufschlüsse geben. Sie wiederholt die obigen Daten in gleicher Weise, so daß bis auf geringfügige zeitliche Differenzen alles stimmt.

23. August. Sitzt abseits von den Übrigen, spricht wenig, kommt gelegentlich, sich über irgendeinen ganz bedeutungslosen Vorgang zu entschuldigen.

30. Dezember. Die Kranke, welche die ganze Zeit still über ihrer Arbeit saß, beginnt verschiedenerlei Wünsche zu äußern: Die Stimmung leicht heiter, dabei Neigung zum Querulieren.

1. Jänner 1902. Da der Patientin die freien Ausgänge abgeschlagen werden, droht sie, sie werde sich auf eine andere Abteilung transferieren lassen. Als dies keinen Eindruck macht, läßt sie durch eine Kollegin eine Beschwerde verfassen, daß sie hier widerrechtlich ihrer Freiheit beraubt werde.

4. Jänner. Etwas querulierend. Ausgang mit Pflegerin, wobei sie sehr schüchtern auftritt.

5. Jänner. Leicht deprimiert, fühlt sich unwohl, verlangt ins Bett.

6. Jänner. Ruhig über ihrer Arbeit.

15. Jänner. Ernste Miene; Patientin angesprochen reizbar, beschwert sich über die Behandlung.

29. Jänner. Arbeitet, ruhig.

5. Februar. Sehr laut, verlangt unter Drohungen auf eine andere Abteilung.

6. Februar. Wieder ruhig, bittet den Arzt um Entschuldigung wegen ihres gestrigen Benehmens.

22. Februar. Will einen Ausgang, um sich eine Stelle zu suchen, oder wenigstens auf die andere Abteilung.

Da dieser Wunsch erfüllt wird, verliere ich die Patientin für einige Zeit aus den Augen. Seit der psychischen Behandlung ist das Wesen der Kranken auffallend geändert. Früher das Kreuz der Abteilung oder vielmehr sämtlicher Abteilungen, war sie jetzt stets leicht traitabel. Es sei hier schon konstatiert, daß ihr Benehmen früher (von einigen ruhigeren Monaten abgesehen) am besten als ungezogen charakterisiert werden kann. In buntem Stimmungswechsel ging sie, wie sie auch einmal selbst gestand, nur darauf aus, Ärzten und Wärterinnen das Leben möglichst sauer zu machen. Dabei unterschied sie die einzelnen Personen sehr genau und war von äußeren Umständen stets abhängig. Als besonders auffällig wurde es sogar vom Personal vermerkt, daß die ausgelassenste Manie sofort verschwand, wenn Patientin die Anstalt verließ. Wenn sie gelegentlich einen scheinbar unmöglichen Ausgang

bewilligt erhielt, so war sie dann auf der Straße ganz still und scheu, fast verstimmt. Von sympathischen Persönlichkeiten ließ sie sich übrigens Beschränkungen gefallen.

15. März. Lenksam, manchmal übermütig; neckt ihre Genossinnen in kindischer Weise.

25. April. Arbeitet fleißig, halbwegs verträglich, äußert mancherlei Wünsche, läßt sich aber leicht davon abbringen. Sie sieht das Ungehörige ihres früheren Benehmens ein und bezeichnet dasselbe als krankhaft.

16. Mai. Setzt hie und da einen oder zwei Tage von der Arbeit aus, wenn sie sich durch irgendeine Kleinigkeit beleidigt fühlt.

4. Juli. Bittet wiederholt um ihre Entlassung, sie wolle sich einen Posten als Dienstmädchen suchen.

Stimmung ziemlich gleichmäßig, ruhig.

Die Kranke wird am

9. Juli 1902 als geheilt (mit Defekt) entlassen.

Wie sich nachträglich herausstellt, hatte die Patientin einigen Degenerierten gegenüber Konfidenzen gemacht, das Eingesperrtsein sei ihr schon fad; sie wolle sich ein Buch nehmen und als Prostituierte ihr Glück versuchen. Es ist nachgewiesen, daß sie auf den Strich ging, doch scheint der erwartete materielle Erfolg ausgeblieben zu sein; denn bald erschien Patientin wieder in der Irrenanstalt, zunächst bei den befreundeten Wärterinnen und Kranken als Besuch, dann sprach sie bei mir vor. Sie betrat in außerordentlicher Schüchternheit das Zimmer, blieb wie gehemmt in der Nähe des Einganges stehen, erzählte, daß es ihr schlecht ginge. Sie sei so aufgeregt und bitte um ärztliche Hilfe. Bei einem zweiten Besuche war sie gar nicht aus dem Raum zu bringen; sie sprach fast nichts, starrte nur immer vor sich hin. Sie wandte sich dann auch an den Direktor um Wiederaufnahme, wurde ans Polizeikommissariat gewiesen. Am

21. August erschien sie daselbst in Begleitung ihrer „Cousine" und gab an, daß sie seit einer Woche fast täglich Ohnmachtsanfälle habe. Im Anschlusse daran raufe sie sich die Haare aus. Sie sei zeitweilig traurig, dann wieder lustig, empfinde Angst, ohne sagen zu können warum; gelegentlich habe sie die Empfindung, man wolle sie umbringen und traue sich nicht allein zu bleiben. Sie habe keine Freude am Leben; es hätten sich ihr schon Selbstmordideen aufgedrängt. Am

22. August bei der Visite geht Patientin in Konversation ein, lacht viel, macht hie und da gezierte Gebärden und Bemerkungen. Sie bezeichnet ihre Krankheit als Hysterie, erzählt von der Totalexstirpation, die Prof. W. an ihr gemacht habe. Seither habe sie sich geistig gesund gefühlt bis vor kurzer Zeit, als sie in einem Park auf der Bank sitzend einen Ohnmachtsanfall bekommen habe; Analoge Anfälle wiederholten sich siebenmal. Sie ging dann an die Ambulanz, um sich aufnehmen zu lassen; auf der Polizei, wohin sie geschickt wurde, sei sie ebenfalls ohnmächtig geworden und habe erst im Spital wieder von sich gewußt. Sie zeigt Krankheitseinsicht, äußert, sie glaube hier geheilt zu werden; wenn sie acht Tage hier wäre, würden sich ihre Nerven beruhigen. — Druckpunkte am Hinterhaupt; Rachenreflex beiderseits fehlend.

Am selben Tage schreibt Patientin folgenden Brief:

„Hochgeehrter Herr Assistent!

Über ihr Urtheil bin ich ganz erstaunt aber es kann sich doch vielleicht ändern, das ich krank bin und das einsehen habe das ist doch kein schlechtes Zeichen, denn ein jeder sehr stark Geistes Kranker hatt nie einsehen, den

das war bei mir derselbe Fall vor 3 und 4 Jahren wo ich imer auch gedacht das mir unrecht geschieht. Heute glaube ich es natürlich nicht mehr. Was wird mit mir eigentlich geschehn in keine N. Ö. Landes Irren Anstalt brauche ich nicht Interniert werden den so gefährlich ist es diesmal nicht, den ich glaube in 8 Tagen wird sich wieder meine ganzen Nervosität ändern, den wen ich zu hause mich pflegen hätte könen so wäre es nicht nöthig gewesen Spitalpflegung bedürftigt zu sein. Ich hätte vielmals die bitte an Sie mich nicht in die N. Ö. Landes Irren Anstalt Internieren. dürfte ich bitten um etwas anderes zu Essen wenn es Ihnen möglich ist wenn es nicht sein kann gebe ich mich mit dem zufrieden was mir vorgeschrieben ist. Ich bitte mir wenigsten einen Wunsch von diese zu erfüllen um mich nicht in die N. Ö. Landes Irren Anstalt Internieren. Endtschuldigen die belästigen meines schreiben.

Mit besonderer Hochachtung

Ihre dankbare Patientin

Valerie E."

Am 27. August wird sie in die Irrenanstalt übersetzt. Sie kommt in heiterer Stimmung an, ist klar, orientiert. Sie spricht viel, lacht, macht Witze.

10. September. Patientin ist andauernd heiter, krankheitseinsichtig, leicht reizbar; über Tag beschäftigt sie sich mit Handarbeiten.*)

Im Laufe des Oktober auffallend ruhig, vielleicht eher ein wenig deprimiert, erst in den letzten Tagen des Monats neuerliches Aufflackern der Erregung, und zwar mehr von Charakter der zornmütigen Verstimmung.

5. November. Gestern Abend so erregt, daß sie ins Gitterbett gelegt werden mußte.

6. November. Sehr deprimiert, sie habe zwei Schornsteinfeger gesehen, einer davon sei der Dr. S. Sie sei sehr ängstlich, weil dieser in verschiedenen Verkleidungen erscheine, in Uniform u. dgl.

Nachmittag konvulsive Heiterkeit, Patientin geht fortwährend im Kreise in der Zelle herum, unfixierbar, erzählt, Dr. S. werde ins Kriminal kommen.

7. November. Status idem; analgetisch.

8. November. Rennt ratlos auf und ab, reagiert nicht, sagt immer nur: „Mein Gott, ich habe ja nichts zu essen."

9. November. Heute klar, total amnestisch, leicht gereizter Stimmung; es besteht noch allgemeine Hypalgesie.

Nachmittag. Vollständig klar, Sensibilität intakt. Amnesie bis zum 4. (also retrograd um zwei Tage).

13. November. Heute wieder Ausnahmszustand, kichert vor sich hin, spricht kein Wort, total analgetisch.

14. November. Früh am Korridor, zerzupft eine Zeitung. — Sie ist „nirgends", weiß nicht wo. Kennt weder den Arzt („wie der mich nur anschaut!", weint plötzlich) noch die Traktwärterin (küßt ihr die Hand), noch den Oberwärter, rennt mit verzweifelter Gebärde davon.

16. November. Klar, etwas erregt, vollkommen amnestisch; sie wisse nicht, was man von ihr wolle, sie sei ja gar nie verwirrt gewesen, ist über das Datum vollkommen orientiert.

28. November. Seit gestern Depression. Ruhig, verstimmt, bisweilen abweisend, meistens aber sehr bescheiden, zurückhaltend, wortkarg, brütet dahin, ist sogar durch eine unangenehme Mitpatientin nicht geniert.

Wird in eine andere Irrenanstalt übersetzt.

---

*) Das folgende nach einer Krankengeschichte der psych. Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt.

Eine in Form von rudimentären Anfällen bis in die Kindheit zurückreichende Hysterie. Wenn man der Patientin glauben dürfte, so wäre diese nach einem Notzuchtsattentate als Geistesstörung manifest geworden. Dieses Erlebnis spielt aber in den Äußerungen ihrer Krankheit, auch in Delirien und Dämmerzuständen gar keine Rolle; ich halte dasselbe für eine Erfindung, nur die Gonorrhöe ist real.

Bei ihrer ersten Aufnahme in Wien kann man nichts anderes diagnostizieren als Hysterie. Man sieht einen schweren affektiven Anfall vor sich mit Amnesie, Lügen, Lähmungen und Anästhesien. Strittig könnte nur die Frage sein, ob man neben der Hysterie auch noch Manie diagnostizieren muß. Es ist ein launisches, widerspruchsvolles, im höchsten Grade ungezogenes Benehmen, das allerdings durch einen gewissen Bewegungsdrang beherrscht wird. Ganz dieselben Zustandsbilder kann man, wenn auch kürzer dauernd, bei Hysterischen leicht beobachten. Zumal es sich da um ein überaus jugendliches Individuum handelt, scheint mit der zweiten Diagnose nicht viel gewonnen. Die Patientin ist unproduktiv und der schwere Affektausbruch, der psychisch durch die bevorstehende Abgabe in die Versorgung geweckt wird, geht weit über Manie hinaus.

Die Kranke scheint ruhiger. Daß sie sich in dieser Zeit wegen ihrer Gonorrhöe operieren läßt, deutet auf Initiative und nicht auf Depression. Patientin selbst erklärt in bestimmtester Weise, daß sie von der Genitalerkrankung her ihre Anfälle habe, verlangt die Operation. Dieselbe wird vollzogen und mit welchem Erfolge! Geradezu unmittelbar an die Totalexstirpation anschließend flammt die Hysterie neuerlich auf und wie lange vor der Pubertät rein periodische Anfälle vorlagen, kehren dieselben jetzt ebenso genau in vierwöchentlichem Typus wieder, obzwar die ganzen inneren Genitalien fehlen. Ich habe den Kasus darum in meiner Arbeit „Zur Frage der kausalen Beziehungen zwischen Frauenleiden und Geisteskrankheiten" als sehr belehrend herangezogen.

In einem klassisch deliranten Anfall mit nachfolgender Amnesie kommt Patientin neuerlich zur Aufnahme. Kleine hysterische Anfälle begleiten die psychische Labilität, nur während der Ferialmonate wird Patientin geordneter, ruhiger, krankheitseinsichtig. Sie wünscht ihre Entlassung unter ausdrücklichem Hinweis auf die Besserung ihres Zustandes, mit einer ganz auffallenden Kritik ihrer Manie gegenüber, wie man sie sonst bei Manischen nicht zu finden gewohnt ist; diese drängen während der Manie hinaus, fügen sich aber dann, wenn sie ruhig geworden sind.

Mitte Oktober 1900 wird die Kranke wieder lebhaft. Das Bild ist diesmal durch hysterische Dämmerzustände von langer Dauer mit nachfolgender Amnesie kompliziert, die außerordentlich schwer vom Intervall abzugrenzen sind. Patientin verhält sich im wesentlichen gleich lebhaft. Es unterscheidet sie nur die unterbrochene Kontinuität des Bewußtseins. Die unaufhörlichen Stimmungsschwankungen machen im Februar 1901 für zirka sechs Wochen einer gewissen Beruhigung Platz. Die hysterischen Einzelpsychosen werden immer deutlicher, am 26. Juni 1901 ist ein schweres Delirium verzeichnet wie bei Beobachtung IX. Eine psychische Behandlung beeinflußt die Ungezogenheit der Patientin ganz auffallend. Ob post hoc oder propter hoc bleibe in suspenso, da die Kranke ja schon zwei ruhigere Perioden hatte, und da mit dem Jahre 1902 neuerlich eine gesteigerte psychische Labilität anhebt.

In der regellosen Mischung der entgegengesetztesten Affekte leuchtet nicht immer eine erhöhte Beweglichkeit hervor. Sicher ist, daß die jetzige

Manie, wenn man sie so nennen will, sich in bescheidenen Grenzen hält, mit den früheren Aufregungszuständen gar nicht zu vergleichen war. Wie geordnet die Patientin sich auf ihren Ausgängen benahm, ist schon in der Krankengeschichte hervorgehoben. Jetzt und früher ließ sich wiederholt beobachten, daß die in lautem Hallo begriffene Patientin, des Arztes ansichtig, plötzlich verstummt, ganz still und scheu zur Seite blickt, um erst nach seiner Entfernung wieder loszugehen.

Nun geschieht aber etwas ganz Bezeichnendes: eine merkwürdig lange, überhaupt die längste Beruhigung. Man könnte an die Depression des zirkulären Irreseins denken. Tatsächlich wird diese Ruhe aber nach ganz übereinstimmenden Zeugenaussagen dadurch festgehalten, daß die Patientin unter dem Einfluß einer Vorstellung, nennen wir es einer Suggestion, steht. Sie hat einige Prostituierte kennen gelernt, welche von ihrem schönen Leben in der Freiheit erzählten; es sind auch Bemerkungen über Seidenhemden etc. gefallen. Patientin bekommt Lust, es mit dieser Tätigkeit zu versuchen, sie benimmt sich durch Monate so tadellos, daß man ihr den Wunsch nach Entlassung nicht mehr abschlägt. Eine Frauensperson, welche sich für den Beruf einer Dirne vorbereitet, kann wohl nicht gut als Melancholie aufgefaßt werden.

Ihre Hoffnungen werden enttäuscht. In welcher Weise sie sich ganz bewußt, mit merkwürdigem Raffinement in die Irrenanstalt wieder hineinarbeitet, das ist geradezu schreiend für Hysterie. Konvulsive Anfälle, die seit sehr langer Zeit sistiert, die an der Klinik v. Wagner überhaupt nie beobachtet werden konnten, beginnen wieder und häufen sich. Patientin sucht die Ambulanz im Krankenhause auf, wird aber weggeschickt. Sie besucht ihre Bekannten in der Irrenanstalt, erscheint schwer gehemmt, bittet den Direktor um Aufnahme. Auch dieser weist sie ab. Nun muß sie mit einem stärkeren Pressionsmittel kommen. Sie läßt sich aufs Kommissariat führen und äußert Lebensüberdruß.

Geradezu komisch ist es, wenn sie dringend bittet, man möge sie vom Beobachtungszimmer aus nicht in die Irrenanstalt schicken, während das doch ihr sehnlichster Wunsch ist. Am Ziele angelangt, weicht ihre Depression sofort der altgewohnten Heiterkeit ihres Wesens. Sie lügt allerlei zusammen, verschweigt wohlüberlegt alles, was sie kompromittieren könnte. Die rasch wechselnden Zustandsbilder lassen wieder nur Hysterie erkennen. Es dürfte für die Diagnose „zirkuläres Irresein“ tatsächlich wenig erübrigen.

Man unterscheidet also einerseits Fälle von Hysterie, andererseits Fälle von zirkulärem Irresein, die mit Hysterie gar nichts zu tun haben, trotz äußerlicher Ähnlichkeiten, vereinzelter, anscheinend gleicher Symptome. Es wurde schon erwähnt, daß das Vorkommen einer Kombination nicht in Abrede gestellt werden soll, wenngleich ich mich keines beweisenden Kasus entsinne. Vielleicht wird sich tatsächlich immer, wenn auch erst nach jahrelanger Beobachtung, die Entscheidung treffen lassen, ob es sich nur um hysteriforme Erscheinungen bei zirkulärem Irresein oder um eine Hysterie handelt, deren Stimmungsschwankungen eine gewisse Regelmäßigkeit vortäuschen.

Klarer liegt die Sache bei den vielerlei Formen des degenerativen Irreseins. Die Entarteten, die Déséquilibrés bieten zum Teile schwer faßbare, eigenartige Psychosen, anderenteils aber Krankheitstypen, die man

genau kennt, abgrenzt und systemisiert. Die Hysterie ist so eine Form degenerativen Irreseins, und es scheint gerechtfertigt, alle psychischen Störungen, welche den Gesetzen der Hysterie folgen, die Grundelemente, welche man aus klassischen Fällen von Hysterie zu abstrahieren imstande ist, erkennen lassen — alle diese Störungen unter den Begriff Hysterie selbst einzureihen. Mit den anderen Formen degenerativen Irreseins sind es Schwestern, die dem Mutterboden einer und derselben Veranlagung entspringen. Diese Zustände gehen durch pathologische Steigerung aus Vorgängen hervor, welche rudimentär schon im normalen Seelenleben schlummern; soweit es einfache Defekte sind, repräsentieren sie einen partiellen Stillstand auf früherer Entwicklungsstufe.

Jeder Mensch z. B. hat im Laufe seines Lebens einmal eine Zwangsvorstellung, die seine Kritik natürlich sofort unterdrückt. Eine Zwangsvorstellung ist übrigens noch kein Irresein in Zwangsvorstellungen; es dürfte ein vergebliches Beginnen sein, mit dem Hinweis auf das normale Vorkommen der Einzelerscheinung die degenerative Grundlage der Psychose in Zwangsvorstellungen bestreiten zu wollen. Hauptsächlich ist es die mangelhafte Korrektur, die Kritikschwäche, welche bei Degenerierten Gedanken und Impulse so mächtig werden läßt. Die Hysterischen müssen ihrer Anlage zufolge derartigen Elementarstörungen ebenfalls unterliegen. Man findet tatsächlich Zwangsvorstellungen bei Hysterischen sehr häufig, gelegentlich sogar im Vordergrunde; man trifft sexuelle Perversitäten in zahlreichen Fällen an; ebenso kommen auch die verschiedensten krankhaften Triebe zur Beobachtung. Insofern es sich hier nur um vorübergehende Bereicherungen des hysterischen Grundcharakters handelt, genügt es, Hysterie zu diagnostizieren und die Einzelsymptome degenerativen Irreseins als symptomatologische Beigabe zu betrachten, so wie es auch möglich ist, daß nur Rudimente von Hysterie ein Entartungsirresein beleben. Im einzelnen gibt es natürlich eine Menge differential-diagnostischer Probleme.

Kraepelin trennt in der neuesten Auflage seines Lehrbuches vom hysterischen Irresein die Schreck- und Erwartungsneurose ab. Erstere als traumatische Neurose oder traumatische Hysterie bekannt, ist wohl nur eine Spielart der Hysterie, durch ihr Attribut charakterisiert, aber sonst nicht weiter zu unterscheiden. Sie entsteht nämlich psychogen, nicht bei allen Menschen sondern nur bei Veranlagten, sie umfaßt psychische und körperliche Symptome; man findet neben Übertreibung und Simulation Stigmen, vasomotorische Störungen, Gesichtsfeldeinschränkung, Herabsetzung der Leistungsfähigkeit etc. Die geringfügigen Differenzen in der Symptomatologie, die Monotonie des Verlaufes, die Hartnäckigkeit der Krankheitsvorstellungen erklärt sich leicht durch die besondere Ätiologie. Die traumatische Hysterie betrifft vielfach Männer, sie knüpft zu allermeist an ein physisches Trauma, das den Eigensuggestionen eine ganz

bestimmte, einseitige Richtung gibt; fixiert werden dieselben durch den erbitterten Kampf, welchen der Kranke um sein materielles Wohl führt. Wohl jedem sind Fälle bekannt, die lehren, wie rasch die Störungen auch nach schweren Traumen verschwinden, wie unheilbar aber eine Hysterie ist, die bei demselben Individuum nach geringfügigem Anlasse ausgebrochen ist, wenn sie nur zu Ersatzansprüchen berechtigt.

Ebensowenig dürften wesentliche Unterschiede zwischen Hysterie und Erwartungsneurose aufzufinden sein. Die mono-symptomatische Umgrenzung, die Monotonie des Krankheitsverlaufes, die rasche Heilbarkeit durch Hypnose, das Ausbleiben von Rückfällen scheint nur zu beweisen, daß es sich um sehr leichte Fälle von Hysterie respektive psychogener Störungen handle; anderenteils wären neurasthenische Phobien, hypochondrische Zustände von der vorliegenden neu aufgestellten Krankheitsgruppe zu differenzieren.

Bei Hysterischen wie bei Degenerierten werden impulsive Handlungen beobachtet. Es kann gefragt werden, ob eine solche, z. B. eine wiederholte Brandstiftung im hysterischen Dämmerzustande ausgeführt wurde oder als Triebhandlung der Pyromanie zuzuweisen ist. Als unterscheidend würde hervorzuheben sein, daß krankhafte Antriebe andauernd und in gleicher Weise bei einem und demselben Individuum sich äußern, bei Frauen zur Zeit der Menses gesteigert sind, aber immer spezifiziert bleiben; während die hysterischen Unternehmungen wechseln, dem jeweiligen Vorstellungsinhalte folgen, sich motivieren und abändern lassen. Die Hysterica steckt ein Haus und ein zweites Haus in Brand aus Rache; sie stiehlt aus Gelegenheit; Zeit, Ort und Umgebung beeinflussen sie ganz auffällig.

Wenn bei einer Degenerierten menstruell ein manisches Zustandsbild auftaucht, das zwar lebhaften Rapport mit der Umgebung verrät, das sich aber mit photographischer Treue während der Internierung ohne jede äußere Ursache wiederholt, so muß es als eine endogene respektive periodische Störung betrachtet werden. Jugendliche Déséquilibrés gehen nächtlicherweile spazieren, sind hinterher amnestisch; man kann hysterischen Somnambulismus ausschließen, wenn bei Tage jedes Anzeichen von Hysterie fehlt, die Individuen außer ihren Defekten sonst nichts Krankhaftes erkennen lassen. Ebenso gibt es Entartete, welche ausreißen wie die poriomanen Hysterischen. Da liegt ein Unterschied im Bewußtseinszustand. Die Degenerierten können ihre Reisen, ihre Handlungen zwar auch nicht motivieren außer mit einem unwiderstehlichen Zwange, aber sie wissen von allen einzelnen Stationen, haben sich auch für die Reise ordentlich vorbereitet, eventuell durch Diebstahl.

Bei einer kleinen Gruppe Entarteter treten transitorische Psychosen auf vom Charakter der Dämmerzustände mit logischer Wahnbildung. Auf traumhafter Bewußtseinsstufe ändert sich das Persönlichkeitsgefühl, Größen-

ideen werden in Rapport gebracht mit der Umgebung, hartnäckig verteidigt; hinterher Amnesie. Derartige sowie ekstatisch-visionäre Zustände wechseln miteinander ab, durchbrechen eventuell eine chronische Wahnbildung. Trifft man gleichzeitig hysterische Stigmata, dann liegt es außerordentlich nahe, an Hysterie zu denken; ja es scheint fast unmöglich, diese auszuschließen, solange man nicht über eine längere Beobachtung verfügt und aus einem progredienten Verlaufe, eventuell nach Erreichung eines Dauerzustandes, die Entscheidung fällt. Möglicherweise sind einige Angaben von Übergang einer Hysterie in Paranoia auf derartige Erfahrungen zurückzuführen und tatsächlich besteht eine hysterische Färbung der degenerativen Psychose.

Genauer bekannt sind kurzdauernde delirante Aufregungszustände, gleichfalls mit nachfolgender Amnesie, der sogenannte Zuchthausknall. Derselbe hat mit Hysterie nichts zu tun, wenn er bei einer nicht hysterischen Persönlichkeit auftritt. Symptomatologisch völlig gleiche Zustandsbilder bietet aber auch Beobachtung XXVII als akute hysterische Geistesstörung; hier muß individualisierend entschieden werden.

Gelegentlich findet man Züge von Hysterie und verschiedenen anderen Formen degenerativen Irreseins durcheinander und es bleibt dem subjektiven Ermessen überlassen, welche Diagnose man hervorheben will. Hier kommen nicht zwei fremdartige klinische Krankheitsbilder übereinander, wie man das unter dem Worte Kombination sucht, sondern die Degeneration äußert sich in vielfacher Gestalt.

Noch weniger kann man von Kombination sprechen, wenn die Hysterie auf dem Boden des Schwachsinnes steht; man müßte sonst alle Psychosen, wenn sie bei Imbezillen auftreten, als mit Schwachsinn kombiniert hinstellen. Die individuelle Leistungsfähigkeit des Zentralnervensystems ist die Grundlage der Persönlichkeit. Auf dieser Grundlage vermag erst irgendeine Psychose zu erwachsen, die beim Kind, bei der Frau, beim Schwachsinnigen natürlich anders aussieht als beim voll entwickelten Manne; es sei nur an die charakteristischen Züge der schwachsinnigen Melancholie, der schwachsinnigen Paranoia erinnert. In gleicher Weise gibt es eine schwachsinnige Hysterie. Viel häufiger und praktisch wichtiger ist der Schwachsinn in Form ethischer Defekte. Die psychischen Störungen desselben sind recht einförmig, gewinnen erst Witz und Initiative, wenn Hysterie, dieser empirisch-klinische Begriff hinzutritt und das Zustandsbild belebt. Hysterie und moralischer Schwachsinn sind aufeinander angewiesen, stützen sich gegenseitig; die Hysterie gewinnt wieder einen Zweck, indem sie Schutz bietet davor, daß die Individuen ihre antisozialen Handlungen zu verantworten brauchten; sie können ihren Egoismus frei ausleben lassen, als Kranke sind sie vor Repressalien geschützt, haben Anspruch auf Bedauern und Nachgiebigkeit. Ist endlich die Höhe des Lebens überschritten, sucht das Individuum

eine bequeme Versorgung, dann öffnen hysterische Erscheinungen die Pforten einer Wohlfahrtsanstalt.

Insofern alle Degenerierten und Schwachsinnigen gar nicht selten, als Ausdruck ihrer krankhaften Hirnorganisation epileptoide Züge, petit mal Anfälle haben, pathologische Räusche sich antrinken, ergibt sich eine schwierig zu analysierende Mischung im Gesamtbilde, wo man sagen muß: a potiori fit denominatio. Man wird auch ohne weitergehende Differenzierung das Zustandsbild in seiner Gänze richtig werten; nur das wissenschaftliche Interesse kann zwischen den einzelnen Komponenten möglichst genau unterscheiden wollen. Mit der Wiedergabe so eines komplizierten Falles, in welchem moralischer Schwachsinn und Hysterie sich paaren, möge diese Auseinandersetzung abgeschlossen werden. Die Entscheidung über die einzelnen Zustandsbilder, ob Epilepsie, ob Hysterie, ob Simulation, ob pathologischer Rausch, dürfte wohl kontrovers sein; persönlich neige ich der Anschauung zu, daß sowohl die konvulsiven Anfälle wie die akuten Geistesstörungen das Prädikat hysterisch verdienen.

Beobachtung LI.

Marie H., geboren 1856, katholisch, Tischlerswitwe, kommt am

5. August 1897 in Wien an, spricht unsinniges Zeug: sie müsse den Kaiser, der 120 Jahre alt sei, mit dem sie sich verlobte, heiraten. Sie sei 17 Jahre alt, hätte bereits 6 Zimmer, morgen hätte sie schon 17 Zimmer im Besitze: ihr Sekretär habe 16.000 fl. Gehalt, ihr Stiefelputzer bekomme 3 kr. monatlich etc.

An die Klinik gebracht, ist die Kranke ganz ruhig, durchschläft die Nacht. Am nächsten Morgen örtlich und zeitlich orientiert, erzählt sie in zusammenhängender Darstellung, daß sie vor ihrer Abfahrt nach Wien etwa $1^1/_2$ Liter Wein, 1 Liter Bier, außerdem Tee mit Rum trank und ziemlich berauscht war. An die Fahrt erinnere sie sich noch dunkel, an die folgenden Ereignisse nicht mehr. Erst des Nachts kam sie zu sich. — Patientin leugnet jemals ähnliche Zustände geistiger Störung durchgemacht zu haben, stellt epileptische Anfälle in Abrede.

15. August. Die Kranke, die sich bisher korrekt benommen und fleißig gearbeitet hatte, klagt heute über Kopfschmerzen in der Stirne. Die Nervenstämme im Bereiche des Gesichtes sind etwas druckempfindlich.

Abends erscheint Patientin verwirrt; sie verlangt vom Arzte 1 Kreuzer, um ihrem Stiefelputzer die versprochenen 3 Kreuzer zu zahlen. Sie hätte sich für den Fall ihrer Hochzeit einen Stiefelputzer aufgenommen und demselben nebst Kost und Kleidung 3 Kreuzer monatlich versprochen. Darauf kommt die Kranke immer wieder zurück. Heute habe man ihr in die Mehlspeise lauter Stecknadeln gegeben; sie spüre ein immerwährendes Stechen im Kopfe, dasselbe könne nur daher rühren. Zeitlich desorientiert.

16. August. Geordnet, ruhig, vermag sich an die Vorfälle des gestrigen Abends in keiner Weise zu erinnern; sie weiß nur, daß sie heftige Kopfschmerzen hatte, von denen sie heute frei ist.

17. August. Menses.

24. August. Klagt früh über heftige Kopfschmerzen, nimmt keine Mahlzeit zu sich. Gegen abend spricht Patientin plötzlich zusammenhangslos. Es sei ihr

von den Ärzten aufgetragen worden zu arbeiten, sie bekomme dafür 5 Kreuzer; sie müsse die Katzen heute noch reinigen; es erschien ihr ein toter Mann; sie selbst sei von einer Wärterin erschlagen worden etc. Beruhigt sich bald wieder, schläft die ganze Nacht.

25. August. Vollständig geordnet und amnestisch für das Vorgefallene; ord. 4 Gramm Bromkalium.

20. September. Verwirrt, spricht von Katzen, die sie reinigen soll, von einer Wärterin, die sie geschlagen hat. Schlaf. Am

21. September Amnesie.

5. Oktober. Erzählt heute, daß sie als Kind einmal auf den Kopf gestürzt sei, ohne daß sie bewußtlos wurde. In der letzten Zeit hätte sie seltene Ohnmachtsanfälle gehabt.

24. Oktober. Klagt über Kopfschmerzen sowie über ein eigentümliches Gefühl, als ob sie verrückt würde. Nervi supraorbitales beiderseits druckempfindlich.

31. Oktober. Früh sehr kongestioniert, klagt, daß ihr von der Traktwärterin das Testament und Strümpfe weggenommen wurden. Sie weist eine Genossin zurecht, daß diese der Katze die Gedärme herausgerissen habe, daß Patientin sich darüber beschweren werde. — Bei der Nachmittagsvisite kann sie sich an die vormittägigen Äußerungen nicht mehr erinnern. Der Defekt erstreckt sich auf die Zeit vom Frühstück bis $^3/_4$12 Uhr. In der vergangenen Nacht, ebenso gegenwärtig Kopfschmerzen; sonst geordnet.

23. November. Beginnt um $^1/_2$9 Uhr abends zu räsonieren, daß ihr in der Nacht die Katzen keine Ruhe geben, schimpft über eine Mitkranke.

24. November. Kommt ganz kongestioniert auf den Arzt zu, verlangt 1 kr., läßt sich nicht abweisen. Nach 12 Stunden klar, amnestisch. Seit 5 Tagen Menses, dabei Kopfschmerzen.

29. November. Ängstliche Unruhe, erregt, läuft vor dem Arzte davon.

3. Dezember. Patientin meint, sie spüre, daß sie immer mehr verrückt werde.

6. Dezember. Vormittags Verwirrtheitszustand; nachmittags klar, amnestisch.

12. Dezember. Früh in der Kirche wird die Kranke bewußtlos, fällt von der Bank, bleibt längere Zeit liegen; keine Krämpfe. Vorher Schwindel, abends Erbrechen.

21. Jänner 1898. Nach einer Aufregung wieder ein Anfall. Während des Gehens stürzt Patientin bewußtlos zusammen, hat keine Zuckungen. Sie bleibt kurze Zeit liegen, wischt dann mit der linken Hand am Körper herum, antwortet nicht.

23. Februar. Während des Kirchganges wird die Kranke bewußtlos; keine Zuckungen; sie erholt sich bald wieder und bleibt im folgenden frei von jeder Art Anfällen. Einen 4tägigen Urlaub vom

18. bis 21. März verbringt Patientin nicht, wie sie versprochen hatte, bei ihrer Schwägerin, sondern fuhr nach H., trieb sich in Gasthäusern herum, trank beträchtlich, knüpfte Herrenbekanntschaften an. Zur Rede gestellt, verweigert sie jede Auskunft. Da bis zum

31. Juli kein Anfall mehr auftritt, wird sie an diesem Tage geheilt entlassen. Sie ist streitsüchtig, anspruchsvoll, boshaft; blieb jedoch frei von psychischen Störungen.

Der erste Gedanke, welcher sich den Anfällen der Patientin gegenüber aufdrängt, war Epilepsie. Eine Säuferin mittleren Alters, die an kurz

dauernden Verwirrtheitszuständen leidet, für welche Amnesie besteht, imponiert zunächst als Epileptica. Der weitere Verlauf mußte an dieser Diagnose aber zweifeln lassen. Die Anfälle wechselten langsam ihren Charakter, die Verwirrtheitszustände zunächst ihren Inhalt, später zeigten sich Absenzen. Alle diese Störungen reagierten nicht auf Brom, sie kamen eher öfter; sie wurden durch die Alkoholabstinenz nicht gebessert, durch die Exzesse in Baccho nicht provoziert; die letzten 5 Monate des Anstaltsaufenthaltes wurde kein einziger Anfall mehr beobachtet. Eher schienen sie psychisch bedingt; einer trat auf nach einem Streite, zweimal war es der Kirchgang, der dadurch gestört wurde. Wenn man hier Stigmen gefunden, hätte man wohl gleich Hysterie diagnostiziert. Nun folgt eine schier endlose Reihe von Aufnahmen.

Am 9. September 1898 kam die Kranke ins Beobachtungszimmer mit folgenden Angaben: Sie sei des Morgens noch ganz wohl vom Hause fortgegangen, wurde in der Halle des Südbahnhofes arretiert, da sie nach dem Dr. Lueger schrie, den sie heiraten müsse. Auch auf der Wachstube benahm sie sich sehr aufgeregt, wiederholte obiges. Angesprochen gab sie keine oder nur konfuse Antwort; später traten epileptiforme Krämpfe auf. Bei sich trug die Person das Entlassungszertifikat der Landesirrenanstalt.

Die Kranke wird bald ruhig, erscheint in sich gekehrt, ist am nächsten Tage geordnet, amnestisch. Am

13. Oktober geheilt entlassen. Am

12. Mai 1899 wurde sie von Passanten als unbekannte, geistesgestörte Frau aufs Kommissariat geführt; sie trug aber einen Zettel mit ihrem Namen bei sich, zeigte große Angst, starrte vor sich hin, gab keine Antwort. Plötzlich Zuckungen in der gesamten Stammesmuskulatur, welche einige Minuten dauerten dann schreit Patientin: „Ich bin angesteckt, venerisch, ich bin gestochen" etc.

In der Aufnahmskanzlei der Irrenanstalt blickt sie noch starr vor sich hin, schreit manchmal laut auf. In der Abteilung sofort klar, begrüßt ihre Bekannten.

13. Mai. Zusammenhängende, allerdings unwahre Angaben; sie will die ganze Zeit in Dienst gestanden sein und nicht viel getrunken haben. Amnesie für gestern; erst in der Anstalt sei sie langsam zum Bewußtsein gekommen. — Linksseitige Hypästhesie und Hypalgesie.

14. Mai. Abends, als die Kranke eben zu Bett gegangen, ein Anfall: Sie fährt mit dem Kopfe voraus aus dem Bett, bleibt einige Augenblicke liegen, blinzelt mit den Augen, wirft dann die Decke ins Bett zurück, brummt etwas vor sich hin, legt sich ruhig nieder und schläft ein. Keine Verletzung.

31. Mai. Patientin verlangt immer drängender Brom und erhält es schließlich. Die Anfälle, die verschieden aussehen sollen, dauern nichtsdestoweniger an; keiner derselben wurde ärztlich beobachtet. Da keine psychischen Störungen nachzuweisen sind, wird sie am 9. Juni 1899 geheilt entlassen.

Am 27. Juni kommt sie wieder. „Eine unbekannte Frau" spuckte auf einer Straßenkreuzung die Passanten an, schlug Fensterscheiben ein.

Am Journalzimmer ist Patientin noch äußerungslos, nimmt keine Notiz von den Vorgängen um sich herum, spuckt wiederholt aus.

Auf der Abteilung vollständig klar, örtlich und zeitlich orientiert, gibt prompt Auskünfte, erinnert sich an die Ursache ihrer Einbringung gar nicht, verlangt sofort auf die ruhige Abteilung, setzt Kostaufbesserung durch. Im folgenden einzelne nicht beobachtete Anfälle ohne psychische Störungen. Am

21. August wird sie über eigenen Wunsch entlassen, am

22. August um 1 Uhr nachts wegen nächtlicher Ruhestörung arretiert. Sie war angeblich kurz vorher von einem Kellner in einem Kaffeehause geohrfeigt worden. Auf dem Wachzimmer schrie und lärmte sie, kommandierte die Wachleute wie Untergebene, hob die Röcke in die Höhe und sagte, man solle sich davon überzeugen, daß ihr Professor v. Wagner die Periode herausgezogen habe; er sei ihr Geliebter. Bei der Untersuchung durch den Amtsarzt ist Patientin sehr unruhig, verlangt in die Irrenanstalt gebracht zu werden; die Anstalt gehöre ihr, alle Polizeiärzte müssen ihr gehorchen. Sie spuckt nach allen Richtungen, stampft mit den Füßen, will sich losreißen. Unmittelbar hernach bleibt sie regungslos auf dem Stuhle sitzen, starrt auf einen Punkt des Plafonds; reagiert weder auf Anruf noch auf Berührung. Nach einigen Minuten erwacht sie aus diesem Zustande und erweist sich von diesem Augenblicke an vollkommen luzid, örtlich und zeitlich genau orientiert. Sie besinnt sich gut an alle Vorgänge bis zu ihrer Beanstandung: Trank 1 Liter Bier, sei in einem Kaffeehaus grundlos geohrfeigt worden. Letzterer Umstand und eine von ihrer Schwester erhaltene Moralpredigt habe den jetzigen Anfall hervorgerufen. Sie bittet um Entlassung.

Am Beobachtungszimmer erzählt die Patientin genau dasselbe; nur soll der Kaffeehausexzeß bereits in den amnestischen Zustand fallen. Während des Examens beginnt die Kranke plötzlich ins Weite zu starren, zeigt ein Wogen der mimischen Gesichtsmuskeln, besonders um den Mund herum; sie scheint die Fragen nicht mehr zu verstehen, spricht von einer Maschine mit einem großen Rade, das immer gedreht werden müsse. Diese Maschine werde in der Irrenanstalt dazu verwendet, Menschen zu verkleinern, welche auf diese Weise zum Verspeistwerden vorbereitet werden. Sie wolle weder essen, noch weiter an dieser Maschine arbeiten. Es folgen abgerissene Worte: „. . . man jhn gefressen . . . die Finger hat man ihm abgeschnitten . . . ich fresse nicht dieses Fleisch . . . Schnitzel machen sie davon, Nudel von die Finger schneidens . . ." Während dieser Äußerungen schüttelnde Abwehrbewegungen mit den Händen; Patientin trinkt hastig zwei vorgehaltene Becher Wasser, das sie verlangt hat. Auf Fragen reagiert sie gar nicht, auf Nadelstiche wenig. Reflexe erhalten. Nach kurzer Zeit wieder luzid, Amnesie für den Anfall; am

23. August entlassen. Am

17. Oktober geht sie aufs Kommissariat mit der Bitte um Aufnahme in die Irrenanstalt, da sie seit drei Tagen an Angstgefühlen leide. Es komme ihr vor, daß ihr jemand mit einem Messer nachlaufe; auch habe sie jetzt häufiger ihre Anfälle.

Am Beobachtungszimmer ist Patientin luzid, orientiert, ängstlich.

19. Oktober. Nachts halluziniert sie trotz 3 *g* Brom mehrfach den Mann mit dem Dolche. Ord. 5 *g* Brom.

22. Oktober. Heftiger konvulsiver Anfall durch 5 Minuten; dann liegt die Kranke 20 Minuten starr, bewegungslos, die Augen gegen die Decke gewendet.

27. Oktober. Wiederum ein Anfall; die Hände werden über dem Kopfe zusammengeballt.

30. Oktober. Krampf mit nachfolgender Verwirrtheit. Menses.

31. Oktober. Anfall. Am

10. November entlassen. Am

28. Februar 1900 geht sie aufs Kommissariat, klagt über häufige Anfälle und Angstgefühle, weist auf ihre wiederholten Internierungen hin. Bei

Aufnahme in der Irrenanstalt lärmend, schimpft über Ärzte und Wartepersonale. Nachmittags konvulsiver Anfall (10 Minuten).

1. März. Klar, vollkommen orientiert; hebt hervor, daß sie im Alter von acht Jahren einen Sturz auf den Kopf erlitt mit folgender Bewußtlosigkeit. Seit dem 12. Lebensjahre häufige „epileptische" Anfälle, von denen sie kein Arzt befreien könne. Patientin wehrt sich heftig gegen die Anschuldigung getrunken zu haben, ist reizbar, anspruchsvoll. Die anfangs häufigeren Anfälle werden seltener, ohne psychische Störungen. Entlassung am

17. April. Am

16. Oktober wegen auffälligen Benehmens auf der Straße arretiert, tobt und schreit sie am Amte, kommt auch erregt zur Aufnahme, schläft des Nachts.

17. Oktober. Früh geordnet, Amnesie für gestern. Während der Untersuchung ein Anfall mit initialen tonischen Krämpfen, Bewußtseinsverlust (4 Minuten). Am

20. Oktober entlassen. Am

7. Jänner 1901 steigt sie in Lundenburg ein, um gegen Wien zu fahren. Anfangs unauffällig, beginnt sie, in der Nähe der Zielstation sich durch wirres Reden und lautes Schreien bemerkbar zu machen, so daß sie der Bahnhofsinspektion übergeben wird. Man findet bei ihr den letzten Entlassungsschein aus der Irrenanstalt. Außerdem erzählt sie folgendes: Sie sei die Frau Lueger, werde morgen mit ihm in der Burg getraut. Sie sei 17, Lueger 13 Jahre alt; sie haben einen 91jährigen Sohn. Sie sei in der Burg als Kaiserin geboren, bereits einmal gestorben gewesen. Die Sozialisten könne sie nicht leiden, weil sie sie immer mit Spenadeln stechen. Sie habe mit dem Papste geschlafen etc.

In die Anstalt kommt die Kranke vollkommen klar, verwahrt sich wiederholt, daß sie nicht beabsichtigte hereinzukommen; sie möchte sofort wieder entlassen werden, aber sie habe keinen Kreuzer Geld und brauche eine Geldunterstützung. Potus leugnet sie absolut, hingegen berichtet sie sehr ausführlich über ihre Anfälle, beteuert wiederholt unter Schluchzen, daß dieselben nicht fingiert seien. Entlassung.

Betrachtet man dieses Zustandsbild aus dem Zusammenhange gelöst, dann findet man die Verwahrung begreiflich, so unbegreiflich es auch ist, daß eine Geisteskranke die Echtheit ihrer Krankheit verteidigt; selbst der Hypochonder verteidigt nur die Realität seines Wahnes. Patientin fährt eigens nach dem Orte, wo sie ihre Geistesstörung in freie Verpflegung und weiteres umsetzen kann. Erst in der Nähe Wiens beginnt sie die unsinnigsten Wahnideen zu äußern. Sie trägt als Legitimation das Zertifikat der Irrenanstalt bei sich. Der Verdacht einer Absichtlichkeit wird noch dadurch gestützt, daß zwar die Symptome wechseln, daß aber Aufbesserung des Speisezettels stets ihr erstes Bestreben war, so wie sie bei jeder Entlassung immer eine Geldunterstützung durchzusetzen wußte. Weiters ist auffallend, das H. bei den späteren Internierungen von einem Schädeltrauma, von epileptischen Anfällen zu erzählen beginnt, die bis ins achte Lebensjahr zurückreichen sollten, während sie das erstemal trotz ausdrücklichen Befragens nichts derlei anzugeben wußte. Es scheint also, als ob die steten Fragen der Ärzte und eigene psychiatrische Erfahrungen ihr diese Antezedentien erst suggeriert hätten. Doch ist an der pathologischen Grundlage der nervösen wie der psychischen Störungen nicht zu zweifeln, wie schließlich im Zusammenhange auseinandergesetzt werden soll.

Am 24. März wird sie neuerlich auf der Straße wegen auffälligen Benehmens angehalten. Am Kommissariat sagt sie, Lueger sei ihr Geliebter, hebt die Röcke auf, beißt einen Wachmann in den Arm, macht den Versuch, sich mit einem Schürzenbande zu erdrosseln.

Am Beobachtungszimmer geordnet, orientiert; berichtet, daß sie zwei Glas Bier getrunken und hierauf einen Anfall gehabt habe. Über die Zumutung zu trinken, wird sie aber sehr gereizt. Plötzlich stürzt sie mit Vehemenz zu Boden, liegt eine halbe Minute starr mit an den Kopf gepreßten Händen da, stöhnt, bleibt wieder regungslos mit geöffneten Augen, schreit, reagiert nicht auf Anruf. Dann erhebt sie sich, macht sich am Untersuchungsbette zu schaffen, blickt herum, spuckt gegen die Wand. Am

26. März entlassen.

Am 16. Oktober wird sie zum Amte gestellt, weil sie in einem Tramwaywaggon schrie, sie müsse für Dr. Lueger betteln gehen, damit dieser sie dann heirate; außerdem beschimpfte sie Passanten. Auf die Frage nach ihren Generalien spuckte sie dem Polizeiarzte ins Gesicht, schlug um sich, war zu keiner Antwort zu bewegen. Sie wollte mit Gewalt die sie festhaltenden Wachleute abschütteln. Nach einer Weile begann sie zu weinen, bat, man möge sie nicht in die Irrenanstalt sperren.

17. Oktober. Patientin luzid, erzählt, daß sie schon seit 14 Tagen gespürt habe, daß ein großer Anfall kommen würde. Sie hatte die ganze Zeit hindurch Kopfschmerzen, war ängstlich und bildete sich ein, wenn Leute im Hause miteinander sprechen, ziehe man über sie los. Für gestern Amnesie. Am

24. Oktober geheilt entlassen. Am

2. Dezember wurde sie wegen hochgradig exzessiven Benehmens auf der Straße arretiert. Bei der Untersuchung schreit sie laut: „Hoch Lueger!“ starrt dann vor sich hin, um später wilde Schreie auszustoßen. In den Arrest geführt, unternimmt sie einen Selbstmordversuch durch Erwürgen. Wegen Verdachtes der Simulation an das Beobachtungszimmer abgegeben.

Hier ruhig, schläft die ganze Nacht. Orientiert; berichtet, Wein getrunken zu haben, den ihre Arbeitgeberin ihr angeboten. Für die im Parere angegebenen Vorfälle besteht Erinnerungslosigkeit; im Arrest kam sie zu sich, um neuerlich amnestisch zu sein, bis zu ihrer Überführung ins Krankenhaus. — Entlassen. Am

6. Dezember ging sie abends in ihre Wohnung, ließ sich wegen Unwohlseins von dort aufs Polizeikommissariat bringen. Dort wurde sie nach einem Aufregungszustande bewußtlos, die Gliedmaßen steif, das Gesicht blaß und die Augen nach unten gerollt. Nach zwei Minuten erwachte die Patientin, schien verworren. — Bei der Aufnahme erregt, schlägt den begleitenden Arzt, weigert sich die Kleidung zu wechseln, riecht nach Alkohol. Nachtsüber Schlaf.

7. Dezember. Vollständig geordnet; Amnesie, negiert vorausgegangenen Alkoholgenuß. Geheilt entlassen. Am

21. Dezember wurde Patientin um 3 Uhr morgens auf der Straße aufgegriffen, weil sie durch längere Zeit „Hoch Lueger!“ schrie. Im Amte Reden lasziven Inhalts.

Stark alkoholisiert, aber orientiert, sagt, jetzt werde sie in eine Anstalt gebracht und wenigstens über die Feiertage versorgt sein; schläft dann ein.

Früh weigert sich die Kranke zum Examen zu kommen; antwortet ganz entschieden: „Ich gehe nicht.“ Auf Zuspruch des Arztes hält sie die Augen wie im Schlafe geschlossen, ist zu keiner Äußerung zu bewegen. — Bei der

Visite in gleichem Zustande; sie reagiert selbst auf tiefe Nadelstiche nicht. Blinzeln. Die passiv erhobenen Arme läßt sie, solange sie beobachtet wird, in unveränderter Stellung; sobald die Visite vorüber ist, fallen dieselben sofort herunter; die Kranke betrachtet die von Nadelstichen getroffenen Stellen. Dann wirft sie mit den Pölstern herum, bringt dieselben wieder in Ordnung, legt sich nieder, läßt Urin ins Bett. — Bei der neuerlichen Untersuchung erstaunte Miene, gerunzelte Stirn, aufgerissene Augen. Dieser Zustand dauert bis 2 Uhr; keinerlei Konvulsionen; dann benimmt sich Patientin geordnet.

Bei der Nachmittagsvisite bittet sie, man möge sie morgen entlassen, damit sie ihr Weihnachtsgeschenk nicht verliere. (!) Sie negiert Alkoholgenuß; behauptet, man habe ihr auf dem Kommissariate Hoffmannsche Tropfen gegeben. Amnesie. Am

22. Dezember geheilt entlassen.

Im Jänner 1902 erschien sie mehrmals in verworrenem Zustande beim Kommissariate, beruhigte sich aber bald wieder. Am

29. Jänner wurde sie nachts auf der Straße wegen sehr lauten, auffälligen Benehmens angehalten; am Kommissariate hochgradiger Erregungszustand, erotische Ausbrüche durch zirka $^3/_4$ Stunden. Nach ihrer Beruhigung teilte sie in endlosem Gespräche mit, daß sie infolge des Klimakteriums an nervösen Anfällen leide und in ihrem Erwerbe gestört sei.

Bei der Aufnahme am Beobachtungszimmer lärmend, wälzt sich im Bette, schreit, spuckt, frägt dazwischen wo sie sei; schläft wenig.

30. Jänner. Geordnet, moroser Stimmung, wird bei Fragen gereizt und bricht wiederholt ab. Lückenhafte Erinnerung. Am

2. Februar entlassen. Am

24. Juni kommt sie neuerlich zur Aufnahme, da sie aus vollem Halse schrie, sie wolle den Dr. Lueger heiraten.

Schon am Aufnahmsjournale ist Patientin klar; am

27. Juni entlassen. Am

15. Oktober sucht sie das Ambulatorium der Klinik auf, bettelt den Professor in zudringlichster Weise an, läßt davon erst ab, als sie eines Wachmannes ansichtig wird. Am

17. Oktober wird sie eingeliefert. Im Parere heißt es: . . Pfründnerin . . begeht zuzeiten der Anfälle die widersinnigsten Sachen. Im Sommer stürzte sie in Währing in ein Wirtshaus und entblößte ihren Körper, vor 1 Monat lärmte und schimpfte sie auf der Straße und heute zerrt sie ihr von der Menstruation blutiges Hemd hervor, spricht von Säuen, vom Bürgermeister Dr. Lueger, macht unflätige Glossen usw.

Bei der Ankunft um 9 Uhr abends legte sich Patientin zu Bett. Auf einmal begann sie durch 10 Minuten stark zu schreien, dann zitterte sie mit beiden Armen fast $^1/_4$ Stunde, endlich arbeitete sie im Bett herum, sprach von Dr. Lueger. Nach $^1/_2$ Stunde neuerlicher Anfall, wo Patientin nur zitterte ohne zu schreien; dann lachte sie, deckte sich zu und schlief die ganze Nacht. Während beider Anfälle ließ sie Urin, die Augen waren geschlossen, auf Anruf erfolgte keine Reaktion.

18. Oktober. Klar, orientiert; amnestisch. Ohne daß es ihr vorgeworfen worden wäre, verteidigt sie sich gegen die Annahme, sie simuliere. Es könne ihr kein Vergnügen machen, hereinzukommen. Patientin drängt sogar auf Entlassung, da sie sonst ihre Bedienung verliere. Um Namen und Adresse der Arbeitsgeberin gefragt, sucht sie Ausflüchte; sie habe diese Bedienung erst

seit drei Tagen, nach dem Namen noch nicht sich erkundigt. — Deutlicher Alkoholgeruch.

19. Oktober. Frech, verlangt allerlei Begünstigungen. Eine Sensibilitätsuntersuchung wird verweigert. Am

20. Oktober entlassen. Am

20. Juni 1903 wird sie wegen auffallenden Benehmens zum Amt gebracht. Sie erzählt geordnet von ihren Anfällen, beginnt plötzlich zu schreien, hebt die Kleider und zeigt ihre Genitalien. Nach 5—10 Minuten klar. Derartige Anfälle wiederholen sich dreimal. Am Beobachtungszimmer ein konvulsiver Anfall. Nachts Schlaf. Früh klar, amnestisch. Am

25. Juni entlassen. Am

28. Jänner 1904 Aufnahme, da sie sich ungefähr ebenso verhält, wie das letztemal. Sie räsoniert über die Menschen, lauter Säue, welche die gemachten Kinder nicht ernähren könnten.

An der Klinik schimpft sie noch immer, halluziniert zwei Frauen vor sich, stöhnt im Bette.

29. Jänner. Geordnet, erzählt von ihren Anfällen, die durch heftige Aufregungen ausgelöst werden. Am

1. Februar entlassen.

Eine moralisch defekte Person, die wiederholte Abstrafungen (Diebstahl, boshafte Sachbeschädigung) hinter sich hat. Einzelnes aus ihren vielseitigen Störungen wurde bereits hervorgehoben. Über die Konstatierung, daß sie trinke, bekommt sie angesichts der Visite einen Anfall, der wiederum anders aussieht, als die früheren; sie bietet am 21. Dezember 1901 einen unverkennbaren hysterischen Stupor, andererseits möchte man an hysterische Räusche, an Zweckräusche, sogar an Simulation denken. Über die Zwecke, die sie mit ihrer Internierung verfolgt, ist ja kein Zweifel möglich. In vino veritas: so erzählt sie in angetrunkenem Zustande treuherzig selbst einmal, sie möchte über die Feiertage versorgt sein. Was hindert die arbeitsscheue Person in augenblicklichen finanziellen Schwierigkeiten mit dem letzten Rest ihres Geldes einen abnormen Rausch sich anzutrinken? Nachdem aber ähnliche kurzdauernde Psychosen mit unsinnigen Wahnideen während mehrmonatlicher Internierung aufgetreten sind, nachdem vielfach hysterische Mechanismen, Stigmen, scharfbegrenzte Amnesien, Beeinflußbarkeit in die vorbereiteten Geistesstörungen sich einmischen, so dürfte es sich wohl um Äußerungen von Hysterie, speziell von Alkoholhysterie bei einem moralisch schwachsinnigen Individuum handeln. Einen Kasus, der nur quantitativ verschieden ist, insofern die Hysterie mehr im Vordergrund steht, während der Schwachsinn die Folie abgibt, bringt, da er kriminell wurde, das letzte Kapitel; er möge die vorliegende Beobachtung ergänzen.

Eine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation gibt es eigentlich nicht. Theoretisch kann man sagen, der Simulant will krank *scheinen*, der Hystericus krank *sein*. Aber auch die Hysterie übertreibt und schwindelt gelegentlich zugestandenermaßen vollbewußt und aus einem bestimmten Zweck. Dazu kommt, daß hysterische Dämmerzustände, hysterischer Stupor aussehen wie plumpste Simulation, allen Gesetzen folgen, die man für Simulation aufstellen kann. Insofern derartige Zustände in ganz unverdächtigen Fällen auf eine Affekterregung folgen, erschließt

man deren krankhafte, das heißt hysterische Basis. Die Erscheinungen sind psychisch bedingt; fraglich bleibt, welch hoher Grad von Bewußtsein die Symptome begleitet, ob dieselben durch eine krankhafte Vorstellung suggeriert oder ob sie frei erfunden und gewollt sind.

In der Praxis steht die Sache noch einfacher. Simuliert das Individuum ohne Grund, eventuell gegen seine Interessen und durch längere Zeit, dann muß man es hysterisch nennen. Hat es aber ein Motiv zur Simulation, ist es etwa kriminell, so kann es sich um Hysterie handeln oder um jenen ethischen Defekt, welcher das Krimen bedingte. Von der persönlichen Auffassung des Untersuchers hängt es eigentlich ab, ob er für Hysterie oder für moralischen Defekt plädieren will. Die Verantwortlichkeit des Individuums ist in beiden Fällen die gleiche. Bei hysterischen Kindern speziell steht das Lügen und Heucheln so obenan, ist die Verstellung oft so aufdringlich, daß Hysterie und Simulation hier mehr als fließend ineinander übergehen, um so mehr als ja eigentlich immer die großen Zwecke fehlen, vielleicht der Wunsch, dem Lehrer wegen einer empfangenen Ohrfeige Unannehmlichkeiten zu bereiten, das einzige verständliche Motiv sein kann. So weit man sich in geläufigen Bahnen bewegt, verwendet man für die Diagnose Hysterie die Antezedentien, das Vorhandensein von Stigmen, von sicher hysterischen Krampfanfällen.

Man muß nicht jede scheinbare Bewußtseinsstörung Dämmerzustand nennen, man darf auch von Simulation auf hysterischer Basis sprechen. Es sei diesbezüglich an Mattauscheks schönen Fall erinnert, der von anderer Seite gewiß als hysterischer Dämmerzustand aufgefaßt worden wäre. Erst nach achttägiger (!) energischer Behandlung mit dem faradischen Pinsel gab dieser kriminelle Mann die Schwindelei auf, gestand dieselbe ein, motivierte sie vollkommen klar und als bewußt; ebenso vernünftig klang der Grund, warum er sie jetzt aufgab, ohne daß ein weiterer Zwang auf ihn ausgeübt worden wäre. Nebenbei ist der Mann ein Hystericus. Vielleicht stellen einzelne der von Raecke mitgeteilten Krankengeschichten ebenfalls solche hysterischer Simulanten dar. Das Symptom der Kontrastantworten war nicht nur in dem Kasus Mattauscheks, sondern auch bei nicht hysterischen Simulanten in schönster Ausprägung anzutreffen. Die Hysterie ist in den Fällen Raeckes gewiß nicht anzuzweifeln und erleichtert den Individuen ihre Simulation; es komplizieren auch echt hysterische Einzelsymptome das Erscheinungsbild. Aber das Ganze ist doch nur der Wunsch, als krank zu gelten und exkulpiert zu werden, den Raecke selbst als halb bewußt zugibt. Es dürfte kaum möglich sein, widerlegt zu werden, wenn man diesen Wunsch ganz bewußt nennt. —

Im Rückblick auf eine begrenzte Zeit psychiatrischer Erfahrung entsinnt man sich einer Reihe von Patienten, die anfangs als hysterisch imponierten, wo der weitere Verlauf zwang, die Diagnose fallen zu lassen. Seltener geschieht umgekehrt, daß man gar nicht an Hysterie

dachte, bis irgendeine überraschende Wendung des Verlaufes gerade diese sicherte. Die größten differential-diagnostischen Schwierigkeiten bestehen, wie schon erwähnt, bei manisch gefärbten Zustandsbildern jugendlicher, namentlich weiblicher Individuen; ein launisches Spiel mit Krankheitssymptomen, lebhafter Rapport mit der Umgebung wird gefunden außer bei Hysterie im manisch-depressiven Irresein, bei Dementia praecox, endlich bei manchen Formen degenerativen Irreseins unter dem Bilde der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit. Von der persönlichen Note abgesehen, sollen nun allgemein gültige differential-diagnostische Kriterien gesucht werden.

Hysterische Antezedenzien stützen die Diagnose, im Falle sie zu erheben sind. Leider stößt der anamnestische Nachweis manchmal auf Schwierigkeiten. Es ist auf die interessanten Beobachtungen Sanders aufmerksam zu machen, wo auf Grund eines einmaligen oder wiederholten Gemütseindruckes kurz vorübergehende Psychosen auftreten, die das Individuum plötzlich, man glaubt, in völliger Gesundheit treffen, ebenso plötzlich nach Stunden oder höchstens Tagen verschwinden, ohne daß vorher oder nachher Zeichen von Hysterie eruierbar wären. An der Diagnose der vier von diesem Autor mitgeteilten Fälle kann kein Zweifel sein. Das Delir ist persönlichen Inhaltes, man findet ziemlich regelmäßig Stigmen und Amnesie. Vielleicht hätte eine genauere Durchforschung des Vorlebens doch noch mehr Anhaltspunkte für hysterische Antezedenzien geliefert, als vorübergehende Krämpfe bei einem Falle in der Jugend. Man hätte durch Analyse vielleicht auch begründen können, warum gerade im gegebenen Momente das Trauma so schwer einwirkte, daß es zu einer Störung des psychischen Gleichgewichtes kam.

Bei der Aufnahme des Status praesens verlangt man in erster Linie nach den sogenannten Stigmen. Es sind das Symptome, welche durch die Häufigkeit ihres Auftretens, durch ihren spezifischen Charakter, durch ihren Parallelismus mit dem Krankheitszustand als pathognomonisch für Hysterie angesehen werden, eine rein empirisch gefundene Tatsache.

Über die Bedeutung dieser Stigmen stimmen die Ansichten nicht ganz überein. Kraepelin und seine Schüler halten ihr Vorhandensein nicht für kennzeichnend genug, um begründet eine Psychose der Hysterie zuzurechnen. Auch von anderen Seiten wird darauf hingewiesen, daß Sensibilitätsstörungen sowohl bei Hysterie fehlen als bei Epilepsie und anderen Neurosen vorkommen können. Dennoch dürften die Stigmen nicht so gering einzuschätzen sein, wenn man nur daran festhält, daß nicht alle von gleicher Bedeutung sind. Die Empfindlichkeit der einzelnen Menschen schwankt innerhalb weiter Grenzen. Hypersensiblen Menschen stehen andere gegenüber mit hochgradig herabgesetzter allgemeiner Schmerzempfindlichkeit, die Nadelstiche kaum abwehren. Letzteres findet man bei verschiedenerlei Geisteskranken; so ganz

selbstverständlich bei Hemmungszuständen (Dementia praecox), bei Epilepsie, Idiotie, Paralyse, aber auch bei Melancholie. Mit einer allgemeinen Hyp- oder Hyperalgesie ist daher tatsächlich wenig anzufangen. Einzelne Druckpunkte sind gleichfalls kaum von Wert. Eine große Anzahl psychisch Kranker bietet den einen oder andern Nervenpunkt als Ausdruck einer komplizierenden Neuralgie oder Neuritis, so am V., den sogenannten Inframammillarpunkt, ohne daß man daraus auf Hysterie schließen dürfte. Auch Einschränkung des Gesichtsfeldes, die bei Bewußtseinsstörungen obendrein nur schwer festzustellen sein dürfte, ist nicht sonderlich beweisend.

Besser steht indessen die Sache, wenn deutliche Halbseitenstörungen vorliegen, deren organische Grundlage auszuschließen ist, z. B. eine Hemianästhesie; auch gürtelförmige Analgesie, in einer Ausbreitung, die aus Gedankenverbindungen abzuleiten ist, in Beziehung steht zu den psychischen Störungen, ist durchaus charakteristisch für Hysterie (vide Beobachtung V). Derartige Sensibilitätsstörungen können nur hysterisch sein, wenn sie der Suggestion folgen, sich durch Transfert auf die andere Seite übertragen lassen. Unbedingt verrät sich die psychogene Entstehung durch ein System in den Ausfallserscheinungen, wie es am ehesten im Bereiche der höheren Sinnesorgane auffällt. Aufhebung der Wahrnehmung für bestimmte Objekte, wenn eine Patientin nicht zu sehen angibt, dabei aber den Objekten geschickt ausweicht, kann nur Simulation oder Hysterie sein. Endlich haben die Empfindungsdefekte der Hysterischen das Bemerkenswerte, daß sie durch sehr starke Reize überwunden werden können; ein Versuch, den man begreiflicherweise nur am Hautorgan unternimmt. Die Analgesien, die gegen Nadelstiche so beständig sich erweisen, haben häufig ein Ende, wenn man den faradischen Pinsel nimmt und die Rollen übereinanderschiebt; am beweisendsten ist es für Hysterie, wenn sich damit auch die Persönlichkeit wie auf einen Schlag ändert, wenn die früher unzugängliche Patientin ruhig, freundlich, sogar krankheitseinsichtig wird, wie man dies in Beobachtung IV so schön sieht. Andere Psychosen sind durch den Pinsel kaum zu beeinflussen. Es wurden wiederholt auch zweifelhafte oder sicher nichthysterische Geisteskranke faradisiert; man entlockt einem wahnhaften Mutazismus ein paar Worte, man bringt eine Hebephrenie zu lautem Schreien, in anderen Fällen tritt nicht einmal eine besondere Reaktion auf; das Zustandsbild als solches, das Verhalten bleibt ganz unverändert. In einzelnen Fällen setzen aber auch Hysterische dem Strom gegenüber einen hartnäckigen Widerstand fort: ein Moment, das weder Hysterie, noch Simulation ausschließen läßt. Es sind mir zwei Simulanten bekannt, welche diesen Widerstand durch eine Woche aufrecht erhielten, was beweist, daß schon die normale Willenskraft diesen Schmerzreiz unterdrücken kann; natürlich vermögen dies dann auch die Krankheitsvorstellungen und der Krankheitswille der Hysterie.

Was die hyperästhetischen Zonen, die Druckpunkte, betrifft, so ist es von höchstem diagnostischen Werte, wenn durch Druck auf dieselben hysterische Erscheinungen, Krampfanfälle oder wenigstens Rudimente solcher in Form von Opisthotonus auszulösen sind. Ein Druckpunkt am Scheitel mag bei nicht Hysterischen vorkommen, selbst wenn kein Kopfschmerz besteht. Die Ovarie gehört aber zu den typischen Symptomen, wenn man komplizierende organische Leiden, Koprostase oder gonorrhoische Affektionen ausnimmt.

Andererseits kann eine Psychose sicher hysterisch sein und man findet doch keine Sensibilitätsstörungen. Bei Kindern ist das ganz regelmäßig so, aber auch erwachsene Hysterische lassen Stigmen gelegentlich durch längere Zeit, während eines Aufenthaltes an der Klinik z. B. vermissen, während dieselben bei einer späteren Untersuchung, ebenso früher anderenorts nachweisbar waren. Bei der Definition der Hysterie im vorliegenden Buche wurde von diesen Stigmen durchaus abgesehen; die Praxis aber hat einen unleugbaren Zusammenhang zwischen dem hysterischen Geisteszustand und den körperlichen Stigmen erwiesen. Wenn vorhanden, fordern sie zum Nachdenken in einer bestimmten Richtung auf, sie machen auf die Möglichkeit einer Hysterie aufmerksam. Die nähere Analyse, die Beobachtung des Falles muß dann aufklären, ob es sich tatsächlich um eine psychogene Erkrankung handelt oder ob die Psychose nur aus einer latent hysterischen Anlage entspringt, die ja in fließender Steigerung aus der Norm hervorgeht und weiter verbreitet ist als man glaubt. Die Möglichkeit wurde bereits zugestanden, daß ein Individuum, welches ein paar hysterische Züge trägt, nicht genug, um Hysterie daraus zu diagnostizieren, daß ein Nervensystem, welches an der Grenze des Normalen sich bewegt, an einer nicht hysterischen, an einer erworbenen oder Stoffwechselpsychose erkranke.

Es ist also nicht möglich, nach der körperlichen Untersuchung allein eine Geistesstörung für hysterisch zu erklären, eigentlich selbstverständlich. Aber man hat manchmal kein anderes Mittel, als eine etwas rigorose Prüfung auf Stigmen, um die Diagnose im Zweifelsfalle zu sichern. Wenn eine Psychose vorliegt, die hysterisch ebensogut wie epileptisch sein kann und man findet sicher hysterische Stigmen, so hat man das Recht für Hysterie zu entscheiden. Mir ist kein Fall erinnerlich, in welchem diese Schlußfolgerung, die ja so selbstverständlich erscheint, hinfällig geworden wäre, wenn es sich um mehr als einen Inframammillarpunkt und um eine hysteriforme Geistesstörung handelte. Auf letzteres darf nicht vergessen werden; das einzelne Symptom bedeutet immer weniger als der Gesamtcharakter der Krankheit, die Psychogenie.

Zu den körperlichen Stigmen gehören auch die hysterischen Anfälle. Fast ebenso charakteristisch ist die gesteigerte Konvulsibilität, die dadurch sich offenbart, daß irgendeine Berührung Zappelreflexe auslöst

(Beobachtung XXIX). Vielleicht ist auch eine übermäßige Labilität der Vasomotoren hieher zu rechnen. Die Hysterischen zeigen raschen Farbenwechsel, bald Röte, bald Blässe des Gesichtes während des Examens, ein über die ganze Brust verbreitetes, bis über die Ohren sich erstreckendes, eventuell fleckiges Erythem wenn die Visite mit ihnen sich beschäftigt, urtikariaähnliche Quaddeln auf Nadelstiche. Andere hysterische Degenerierte lassen diese Erscheinungen völlig vermissen.

Als psychisches Stigma tritt ein Kardinalsymptom der Hysterie entgegen, die Suggestibilität, die sich zunächst einmal in der leichten Hypnotisierbarkeit dieser Kranken äußert. Blocq hat schon behauptet, daß eine hysterische Prädisposition unumgänglich notwendig sei, um hypnotischen Schlaf mit kontrollierbaren körperlichen Phänomenen hervorzurufen. Wenn Jolly auch den differential-diagnostischen Wert der Hypnose anzweifelt, so wäre es doch gestattet, dieselbe in unklaren Fällen zu versuchen. Der Satz, daß alle Menschen suggestibel, ein sehr großer Teil hypnotisierbar ist, gilt nicht für die Geisteskranken. Die französische Schule vertritt sehr bestimmt den Standpunkt, daß nur die hysterischen Delirien durch Hypnose zu beeinflussen sind; ich möchte dieser Ansicht mich anschließen; wenn auch zugestanden werden muß, daß die Beeinflussung manchmal nur auf Umwegen reüssiert.

Suggerieren lassen sich die Kranken in der verschiedensten Art. Druck auf hysterogene Zonen kann nicht nur Anfälle und Schluchzen sondern auch Halluzinationen erwecken; es ist ein Suggestionsphänomen, wenn in anderen Fällen Verschluß der Augen oder Ohren zu Beruhigung und Schlaf, oder umgekehrt zu gesteigerter Unruhe, zu Kontraktur, klonischen Zuckungen, Atmungsveränderungen, vibrierenden Zittern der Augenlider führt. Sehr charakteristisch für Hysterie ist das Suggerieren von Sinnestäuschungen durch vorgehaltene Gegenstände, farbige Gläser, vielerlei Reize. Eine Patientin Hebolds sah Landschaften, kleine schwarze Männer, Clowns, einen Totenwagen auf der leeren Wand, wenn man ihr ein Glied umschnürte oder die Hand auf den Kopf legte. Hieher gehört auch die Beeinflußbarkeit von Halluzinationen durch Eingriffe, ihre Verdoppelung durch Prismen; es gelingt manchmal Delirien hervorzurufen durch bestimmte Schlagworte. Natürlich bildet die Initiative der Kranken den empfangenen Sinneseindruck je nach ihrer Persönlichkeit um.

Alle hysterischen Psychosen sind charakterisiert durch die Buntfarbigkeit der einander oft widersprechenden Symptome, den kaleidoskopartigen Wechsel, jähen Übergang zu anscheinend völlig klarem Bewußtsein, das sich in kürzester Zeit wiederum trübt. Häufig trifft man den gewissen erotischen, eventuell religiösen Zug des Gebarens. Die einzelnen Störungen beginnen akut, verschwinden ebenso plötzlich, eventuell mit nachfolgender Amnesie. Halluzinationen und Wahnideen sind aufdringlich, meist affektvoll, stehen untereinander in viel engerem Zusammenhang

als bei Verwirrtheitszuständen, die nicht hysterisch sind. Die Delirien haben einen persönlichen Inhalt. Gewisse wichtigere Momente des Lebens und Ereignisse der jüngsten Vergangenheit bilden den Stoff. Die Kranken fügen die um sie herum stattfindenden Ereignisse, die Personen und Sachen ihrer Umgebung in verschrobener, sympathisch oder feindselig verzerrter Weise in den Rahmen ihrer Wahnvorstellungen; es werden Szenen produziert, ein Roman aufgeführt; das Gebaren ist theatralisch im Sinne von gemacht, übertrieben. Dazu kommen bunte Phantasiegebilde, deren einzelne ganz auffallende psychomotorische Reizzustände auslösen, ohne daß in ihnen die Ursache der Hysterie zu suchen wäre. Befremdend ist die Inkongruenz, wenn völlige Unorientiertheit zu bestehen scheint, wenn der assoziative Zusammenhang schwer gestört, normale Vorstellungskreise vielleicht ganz ausgeschaltet sind, während die phantastischen Delirien sich ganz logisch aneinander reihen. Je genauer man eine Patientin kennt, um so verständlicher werden die abgerissenen Worte, die Beziehungen.

Nach Ablauf der akuten Störungen hält man sich an das System in den Amnesien. Ein Gedächtnis, das belanglose Erinnerungen treu bewahrt und inselförmig gerade nur jene Dinge unterdrückt, welche persönlich unangenehm empfunden werden können, eignet nur einem Simulanten oder einer Hysterie. Heftige Affekte vermögen auch bei Gesunden Amnesie zu hinterlassen; dabei kommt man aber der hysterischen Veränderung des Zentralnervensystems nahe, wie schon im vorigen Kapitel ausführlich besprochen wurde. Die Amnésie retro-antérograde ist wohl sicher hysterisch, die einfache retrograde Amnesie nicht, denn eine solche wird bei verschiedenen Vergiftungen, nach Erhängen, nach epileptischen und eklamptischen Anfällen, nach Schädeltraumen beobachtet: Einflüsse, die allerdings anamnestisch auszuschalten sein dürften. Endlich wäre noch als charakteristisch hervorzuheben, daß die hysterischen Amnesien gerne mit Anästhesien parallel gehen; mit Rückkehr der Sensibilität, eventuell durch therapeutische Einflüsse kehrt auch das Gedächtnis wieder zurück.

Alle diese einzelnen Züge sind aber an und für sich nur im Moment Hilfsmittel zur Diagnose. Wesentlich mehr Grundlage für diese entnimmt man einer liebevollen Beschäftigung mit den Kranken; denn erst nach Kenntnis der Persönlichkeit kann die Geistesstörung aus dieser heraus analysiert werden, wenn es sich um eine Äquivalentpsychose handelt. Die typischen Delirien, die Geistesstörungen des klassischen Anfalles selbst sind nicht kontrovers. Die äußerliche Schwierigkeit, Hysterie von anderen organischen und funktionellen Geistesstörungen zu differenzieren, dürfte wohl immer zu überwinden sein, wenn man die Fälle ausnimmt, bei welchen Hysterie neben anderen Formen degenerativen Irreseins steht, die Epilepsie und das zirkuläre Irresein hinzugerechnet; doch auch hier wird die Mischung der Krankheitsbilder durch längere Beobachtung in zutreffender Weise gewertet werden können.

VII. Prognose.

Hier soll unterschieden werden zwischen Hysterie und hysterischem Irresein. Die Hysterie bedeutet eine abnorme Reaktionsweise des Individuums, sie ist ein dauernder konstitutioneller Zustand. Trotzdem ist es in praxi nicht angezeigt, die Prognose ungünstig zu stellen; abgesehen davon, daß der hysterische Charakter klinisch recht deutlich in Erscheinung treten kann, ohne daß man von Geisteskrankheit spricht, da die Patientinnen in Freiheit möglich sind, vielleicht sogar auf eigene Faust durchs Leben sich schlagen. Auch gibt es immer wieder Zeiten, wo die pathologischen Züge so weit zurücktreten, daß fast nichts von Hysterie an dem Individuum nachweisbar ist, namentlich unter günstigen Verhältnissen. Hier entscheidet vielfach die soziale Stellung. Die Hysterischen höherer Kreise vermögen gerade auf Grund ihrer Charakteranomalien viel Gutes zu wirken, Hystérie philantropique (Charcot), wenn sie mit Eigensinn und stets gerührtem Herzen auf Wohltätigkeit und humane Vereinsgründungen sich werfen; auch wenn die eigenen Opfer recht bescheidene sind, ihre ruhelose Begeisterung, ihr affektierter Altruismus reißt die anderen mit fort, und kleine Unzuträglichkeiten nimmt man um des edlen Zweckes willen gerne mit in Kauf. Diese Gruppe von Hysterischen wäre mit einem Fermente zu vergleichen, das anregend in der menschlichen Gesellschaft eine höchst wichtige Rolle spielt. Früher oder später, unvermeidlich aber in jedem Falle klingen die stürmischen Leidenschaften und Affekte der Jugend ab, sie weichen einer gewissen Ruhe und Gesetztheit und damit pflegt auch der hysterische Charakter abzublassen; es ist nicht selten zu beobachten, daß er, Mangel äußerer Schädlichkeiten vorausgesetzt, mit dem Klimakterium verschwindet und eine im vollsten Sinne des Wortes gesunde Matrone hinterläßt.

Einen besonderen Platz nimmt die Hysterie der Kinder ein. Man sagt, daß der Prozeß rasch verlaufe, daß aber Rezidiven nicht ausgeschlossen seien. Briquet, Duvoisin, Emminghaus geben wenig Hoffnung, während Henoch einige dauernd geheilte Fälle sah. Ebenso stellt Bruns namentlich für Landkinder die Prognose günstig. Zufolge der großen Suggestibilität der Kinder muß man die hysterischen Erkrankungen derselben exquisit für heilbar halten, falls die degenerative Veranlagung nicht gar zu schwer ist.

Wie schon gelegentlich des hysterischen Charakters, speziell aber

im Kapitel IV gezeigt wurde, schlummert die Psychoneurose fast in jedem Kinde, das heißt, hysterische Erscheinungen können durch einen außergewöhnlich lebhaften Eindruck bei den meisten Kindern geweckt werden; viele Kinder reagieren nach Art der Hysterie, nur nennt man das nicht so. Schreitet die Entwicklung fort, so wird mit den Jahren die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems größer, das Individuum wächst sich gleichsam aus, wie mäßige Schwachsinnszustände, namentlich moralische Defekte aus der Zeit vor der Pubertät später sich verlieren. Es wird schließlich eine durchschnittliche Stabilität erreicht, man hat den normalen Menschen vor sich.

Kommt es zu hysterischem Irresein, so befindet sich der Arzt hier in einer schwereren Lage als anderen Formen geistiger Erkrankung gegenüber. Die hysterischen Psychosen haben wohl ihre Gesetze, die Suggestibilität macht aber diese Patienten von äußeren Einflüssen abhängig. Zunächst ist die Frage zu beantworten, inwieweit die Ursache der Erkrankung weggeräumt, in welcher Weise peinliche Erinnerungen vermieden werden können, ob man den Patienten Ersatz zu bieten vermag. Wesentlich bestimmt auch die Umgebung die Prognose; es lassen sich nur einige allgemeine Winke hier vorbringen.

Was die akuten Geistesstörungen der Hysterie betrifft, so sind dieselben zum Teile nur eine Exazerbation des Charakters; außerdem treten Anfälle auf, die Äquivalente, welche von diesem Charakter unabhängig sind, wie andere etwa körperliche Formen der Hysterie.

Um die Aussichten der einzelnen Attaque richtig zu beurteilen, hat man sich vor Augen zu halten, daß zum Ausbruche der hysterischen Geistesstörung Anlage, vorangegangene Gemütsbewegungen und auslösendes Trauma zusammenwirken. Es gibt Fälle mit so überwiegender hysterischer Veranlagung, daß es fast keines Anstoßes bedarf. Die harmlosesten Ereignisse werden geradezu künstlich zum Anlaß genommen, indem die Erkrankung an ein Gespräch, an eine Lektüre, an einen kleinen Schreck anknüpft; das sind Traumen, vor denen kein Mensch geschützt bleibt. Wenn da nicht der Nachweis gelingt, daß durch bestimmte Ideenassoziationen an lebhafte affektbetonte Erinnerungen gerührt wurde, daß ein Theaterstück z. B. nur darum wirkte, weil es höchst persönliche Wunden wieder aufriß, dadurch die geringfügige psychische Einwirkung für die Betroffene doch eine schwere Gemütserschütterung bedentet: so wäre die Prognose ungünstig. Möglich, sogar wahrscheinlich werden die Augenblicksstörungen schnell abklingen, so schnell wie sie auftraten, sie müssen sich aber wiederholen, weil Anlässe von gleicher Geringfügigkeit sicher wieder vorkommen werden. Hat andererseits ein schweres Trauma, ein Affektshock, den auch der Gesunde kaum verwinden könnte, die hysterische Erkrankung verschuldet, dann darf man zuversichtlicher sein: es darf fast sicher Heilung versprochen werden,

namentlich, wenn es gelingt, die Wirkung der Gemütsbewegung auf die Patientin zu paralysieren, etwas ungeschehen zu machen oder wenigstens Ersatz für das Verlorene zu bieten. Insofern hat die ätiologische Erforschung eines Falles die größte Wichtigkeit.

Weniger lernt man für die Vorhersage aus der Symptomatologie des Kasus. Ob Delir- ob Dämmerzustand, ist kaum von Belang; eher noch die Tiefe der Bewußtseinsstörung, die Art der Reaktion auf äußere Eingriffe. Jene Formen hysterischer Geistesstörung, die wie gemacht aussehen, insofern die zweite Person nur ganz oberflächlich festgehalten wird, ein einfaches Anschreien z. B. genügt, die Kranke aus dem Delir zu reißen, sind prognostisch günstiger, da entschiedene therapeutische Maßnahmen schnell zur Genesung führen. Dort, wo auch der faradische Pinsel das Zustandsbild nur ändert, muß die Prognose als zweifelhaft betrachtet werden, zumindest ist eine längere Andauer des Leidens zu erwarten. Allmählicher Ausbruch, Steigerung der Psychose bis zu mäßiger Höhe, dabei deutlich ausgeprägter hysterischer Charakter gibt schlechtere Aussichten, wie überhaupt alle die Geistesstörungen, die nur eine zeitweilige Steigerung dieses Charakters darstellen; es sind Rezidive sowie eine Neigung zu chronischem Verlaufe zu fürchten. Beginnen ausgebildete hysterische Mechanismen, z. B. schwere Krampfanfälle, schon in früher Jugend, dann wiederholen sich dieselben endlos, wenn es sich um die passiven Formen der Hysterie handelt; steht zugleich die Insuffizienz, die Versorgungsbedürftigkeit im Vordergrunde, dann versagt jede Therapie; die Prognose wird auch mit zunehmenden Jahren immer schlechter. Aktivere Kranke setzen ihre Zwecke durch und können für kürzere oder längere Zeit gesund werden bis auf die erübrigenden Zeichen der degenerativen Veranlagung. Daß einzelne rasch abklingende Störungen wie Delirien und Dämmerzustände sich nicht selten, die H. Zustände regelmäßig wiederholen, wurde schon bemerkt.

Die Anzahl der Stigmen ist für den Verlauf des Falles bedeutungslos; es kann der ganze Körper mit empfindungslosen Inseln überkleidet sein, die Psychose verschwindet doch prompt nach wenig Tagen und umgekehrt, Patienten ohne Stigmen schleppen ihre Krankheit durch Monate weiter. Die Stigmen haben aber Bedeutung für die Beurteilung einer Intermission. Sind sie erst mit der Psychose aufgetreten, bleiben sie zurück, während die Patientin sich rasch klärt, so darf man sich keine zu weitgehenden Hoffnungen machen; keinesfalls ist die Hysterie als geheilt zu betrachten. Anfälle während der Geistesstörung verschlechtern die Aussichten, ebenso wie Anfälle, welche durch Jahre vorhergehen. Am allerentschiedensten aber wird die Prognose beeinflußt durch die Umgebung, durch die Behandlung der Hysterie. Kommt eine solche Kranke frühzeitig in die richtigen Hände, dann gelingt es wohl, die Chancen der baldigen Heilung um ein vielfaches zu steigern, wobei nicht verschwiegen werden

soll, daß die billigen Verpflegsklassen öffentlicher Irrenanstalten aus mehrfachen Gründen nicht das Ideal darstellen. Die Anhäufung solcher Patienten, die hier unvermeidlich ist, birgt für dieselben eine Reihe von Gefahren, andererseits wird das behagliche Leben in der modernen Heilstatt für hysterische Proletarierinnen zum Reizmittel, daß sie ihrer Krankheit nur um so leichter erliegen.

Um einen gewissen Überblick zu geben über die Prognose an der psychiatrischen Klinik, seien die Zahlen angeschlossen, welche sich aus den drei letzten Semestern berechnen lassen: Todesfall ist natürlich kein einziger zu verzeichnen; von 145 Fällen hysterischer Psychose gingen 44 = 30·3 Prozent in die Versorgungs- oder Irrenanstalt ab, 93 = 64·1 Prozent konnten geheilt entlassen werden nach durchschnittlich 17 Verpflegstagen pro Kopf; der Rest wurde in Familienpflege gebessert abgegeben. Rezidivisten waren unter diesen 145 Fällen im ganzen 17 = 11·7 Prozent.

Diese Statistik ist natürlich zu ungünstig gegenüber der Wirklichkeit, falls man die hysterische Geistesstörung im praktischen Wortsinne faßt. Es sind die vielfachen Schädlichkeiten des Aufenthaltes in gemeinsamen Krankenabteilungen zu berücksichtigen; die Tatsache, daß eine individualisierende Behandlung eigentlich nur in Ausnahmsfällen möglich war; Maßnahmen, die im nächsten Kapitel besprochen werden sollen, konnten nur in sehr beschränktem Maße herangezogen werden; zahlreiche Patienten wurden aus wissenschaftlichen Gründen ganz ohne Behandlung gelassen, zurückbehalten, bis auch die letzten Affektreste abgeklungen waren, andere mußten aus administrativen Gründen rasch in die Irrenanstalt abtransferiert werden. Mag also auch die Hysterie einen Dauerzustand darstellen, die hysterischen Psychosen geben im allgemeinen eine erfreulich günstige Prognose, die noch besser zu gestalten ein aussichtsvolles Beginnen ist.

VIII. Therapie.

Insofern man als Grundlage der Hysterie eine angeborene oder in früher Jugend erworbene Veränderung im Zentralnervensystem voraussetzt, kann es eine im engsten Sinne kausale Therapie der Psychoneurose selbst nicht geben, wohl aber eine Prophylaxe, die bei der eben lebenden Generation einsetzend, in der nächstfolgenden ihre Wirkung zu entfalten vermag.

Da direkte Heredität von Mutter auf Tochter in der Ätiologie der Hysterie eine große Rolle spielt, folgt daraus das Fortpflanzungsverbot für hysterisch veranlagte junge Mädchen. Die Degeneration der Nachkommenschaft wäre auch zu beschränken, indem man Trunksucht der Eltern, den Mißbrauch anderer Nervina bekämpft. Diätetik des Ehelebens, der Schwangerschaft und der Kinderstube sollen intrauterine und Erkrankungen der ersten Lebensjahre möglichst verhüten.

Dann ist bei der Erziehung, speziell bei der heutigen Mädchenerziehung, der Hebel anzusetzen. Die Erziehung hat einen sittlichen Kern auszubilden, zu lehren, daß man Unlustempfindungen unterdrücken und Entschlüsse nicht von Augenblicksimpulsen abhängig machen soll; sie hat gegen alle Unfälle des Lebens zu wappnen. Die Kritik muß geschärft, die Kinder angeleitet werden, selbständig zu denken und zu handeln. Träumereien, Schwärmereien, Sentimentalitäten ist möglichst entgegenzutreten, frühzeitige Masturbation zu bekämpfen; überhaupt sollen sexuelle Erregungen vermieden werden. Man dulde die Neigung zum Alleinsein nicht, sorge für regelmäßig abwechselnde Beschäftigung, veranlasse die Kleinen, mit ihren Gedanken möglichst bei der Gegenwart zu weilen. Man schätze Offenheit, Wahrheit, Aussprache über alles; nur Hinterhältigkeit sei verpönt. Freilich kann die Erziehung die Hirnorganisation nicht umschaffen, aber sie wirkt der Krankheitsdisposition, dem Emporkommen krankhafter Vorstellungsgruppen auf assoziativem Wege entgegen.

In das Kindesalter fallen die wichtigsten ärztlichen Aufgaben, die noch ernster genommen werden müssen, wenn hysterische Züge erkennbar sind. Hat man es aber gar mit einem Anfalle hysterischer Geistesstörung — dasselbe gilt für körperliche Hysterie — bei einem Kinde zu tun, so muß dieses schleunigst in eine andere Umgebung gebracht werden, womöglich nicht in die Irrenanstalt, wo es allerlei affektvolle Eindrücke aufnimmt und für sein späteres Leben Verderbliches lernen kann. Die

kleine Patientin ist rücksichtslos zu behandeln, womöglich mit einem Schlage das Aufhören sämtlicher krankhafter Erscheinungen durchzusetzen.

Auf die Erziehung durch das Leben, die sozialen Probleme und Schädlichkeiten haben die Ärzte keinen Einfluß. Als Freund und Berater wird aber der Hausarzt durch tröstlichen Zuspruch, durch Aufklärung, durch geräuschloses Eingreifen bei Gegensätzen oft vorbeugend wirken können. In der kritischen Zeit der Pubertät hat er auf hygienischer Lebensweise zu bestehen. Exzesse in Baccho sind unbedingt zu meiden, solche in Venere schädlicher als Abstinenz. Hysterisch veranlagte junge Männer tun im eigenen Interesse am besten daran, nicht zu heiraten; auch die Allgemeinheit hat ein Interesse daran. Ihre sexuellen Ansprüche lassen sich befriedigen, ohne daß die Degeneration propagiert und zum mindesten ein zweites Wesen unglücklich wird. Schwieriger macht man dem Arzte die Beantwortung der Frage, ob hysterische junge Damen heiraten sollen, für die es keine Art gibt, extra matrimonium ihre psychische und physische Sexualität auszuleben. Von den Angehörigen wird in solchen Fällen die Ehe als Heilmittel direkt gefordert. Die Erfahrung spricht entschieden dagegen; die Ehe als solche wirkt nur schädlich. Traumen aller Art, auch sexuelle dauern während des Matrimoniums fort, und an Gemütsbewegungen, an die Vorgänge des normalen Geschlechtslebens, an Unbefriedigung wie an gehäufte Wochenbetten knüpft dann die Hysterie. Selbst hierzulande erinnert manche Menage an das von einem Franzosen gezeichnete Bild: Die Gattin, übertrieben zärtlich, selbst in Gegenwart von dritten, verhätschelt den Ehemann, bis dieser ermüdet und kühler wird. Nun glaubt sie sich nicht mehr verstanden, erzählt überall von dem Unglück ihrer Ehe, sie lebt sich in dasselbe hinein, legt es darauf an, das Mißfallen ihres Mannes zu erregen. Sie scheut sich bei Mangel gesunder Urteilskraft auch nicht, Gewaltakte und ähnliches zu begehen, sie droht mit Selbstmord, aber ganz richtig bemerkt Lasègue: La femme hystérique menace de se suicider, mais c'est le mari, qui se suicide.

Konkret wird sich vielleicht in dem einen oder anderen Falle anders entscheiden lassen. Wenn wirklich eine tiefe, zunächst unerwiederte Herzensneigung zu hysterischen Affektäußerungen führt, so mag man sich entschließen, auch ärztlich sein Votum dahin abzugeben, daß hier die krankmachende Ursache aus dem Wege geräumt werde, aber die Garantie für einen glücklichen Ausgang kann man nicht übernehmen. Gerade wenn das junge Mädchen mit hochgespannten Erwartungen an den „Einzigen“ herantritt, besteht die Gefahr, daß sie eine Enttäuschung erfährt, von der bei Hysterischen so häufigen Abnormität sexuellen Fühlens abgesehen; man bekommt erst eine unglückliche Ehe, eine hysterische Mutter und eine hysterische Tochter. Hier, wie im folgenden ist immer von Hysteria gravior die Rede; mit einem hysterischen

Charakter, namentlich wenn er weniger ausgesprochen, sich abzufinden, ist bei gegenseitiger inniger Liebe nicht allzuschwer. Man kennt glückliche Paare, deren einer oder beide Teile an der Grenze des Hysterischen stehen, ja vielleicht gelegentlich hysterische Affektausbrüche offenbaren; sie genießen auch ihres Glückes in hysterischer Weise, in Superlativen. Trotzdem mag selbst in dubiis besser von der Heirat abgeraten werden; dieselbe bleibt ein Wagnis, dessen Gelingen nicht vorauszusehen ist. Der Warner erntet freilich keinen Dank, weder vorher noch nachher. — Für junge Leute ist die Ehe wohl eine hygienische Einrichtung; man darf aber nicht glauben, daß sie unbedingt vor Hysterie schützt. Es gibt Fälle genug, wo erst nuptial eine hysterische Geistesstörung bei anscheinend früher vollkommen gesunden Personen ausbricht.

Nun aber zur Therapie. Die Hysterie als Möglichkeit irgendeinmal an hysterischen Erscheinungen zu erkranken, ist allerdings unheilbar; sie veranlaßt aber auch nie zum Eingreifen, solange sie nicht offenkundig geworden ist durch das Auftreten nervöser oder psychischer Störungen, und diese alle sind exquisit beeinflußbar. Insofern ist die Diagnose Hysterie nicht nur wissenschaftlich, sondern hervorragend auch therapeutisch von Wichtigkeit. Fast könnte man sagen, es gehört zu den erfreulichsten Aufgaben des Arztes, eine akute Hysterie zu behandeln. Die Therapie bezweckt hier nicht nur durch rechtzeitiges Eingreifen und Schaffung von Gegenmotiven einer weiteren Entwicklung der Krankheit im Sinne der Willensschwäche möglichst Einhalt zu tun und so im ersten Augenblick, wo die hysterische Veranlagung manifest wird, derselben entgegenzutreten; es gelingt in einer großen Zahl der Fälle, den Krankheitsverlauf bedeutend abzukürzen, der Umgebung viel Sorge und Mühe zu ersparen, manchmal die anscheinend schrecklichsten Zustände mit einer Promptheit zu beseitigen, die man sonst in der medizinischen Praxis nicht oft erreicht.

Die Hysterie und speziell die hysterische Geistesstörung stellt eine psychogene Erkrankung dar, die Therapie muß in erster Linie eine psychische sein. Aus ihrem Erfolge schöpft man ja auch die Überzeugung bezüglich der Genese des Leidens. Diese Therapie kann für das einzelne Symptom tatsächlich zu einer kausalen Behandlung werden, ohne damit doch die Hysterie als solche zu heilen. Es scheint nur Freud zu glauben, daß er mit seiner speziellen Methode der Psychotherapie der Hysterie selbst an den Leib rücke, indem er unrespektive unterbewußte sexuelle Erinnerungen in bewußte verwandelt. Von der Hypnose kam F. bald ab; er drang mittels eines durch Kunstgriffe verstärkten Wachexamens gegen das unbewußte Seelenleben vor. Der Widerstand aber, den die Patienten der Reproduktion der von ihm verlangten Erinnerungen entgegensetzten, veranlaßte den Forscher schließlich, die Hysterischen frei sprechen zu lassen und das, was er

haben wollte, aus ihren Äußerungen sich zu deuten. Auf die näheren technischen Details kann hier nicht eingegangen werden; sie sind wohl nur durch Freud selbst zu erfahren. Dieser Umstand sowie der außerordentliche Aufwand an Zeit, Mühe und Gedankenarbeit, den die Methode verursacht, vielleicht auch die Schwierigkeiten und die Eigenart der Deutekunst, dürften Schuld daran sein, daß die meisten Neurologen auf das Freudsche Verfahren fast a priori verzichteten, vielerlei Bedenken dagegen äußerten oder gar abfällig urteilten (Brodmann, Krafft-Ebing, Löwenfeld, erst jüngst in motivierter Weise Binswanger). Ich konnte in der Literatur nur einen Autor auffinden, Warda, der sich mit großer Begeisterung über diese Methode ausspricht.

Warda legt einen nach Freud behandelten Kasus in ungewöhnlicher Breite auseinander, kann aber nur auf einen Mißerfolg hinweisen. Mit mehr Scharfsinn als Glück geht er dann ins Zeug, um die Ursache dieses Mißerfolges anderswo zu suchen als in der inadäquaten Methode. Der Angstaffekt könne so hochgradig sein, daß keine Aussprache, keine Konzentration auf frühere Gemütszustände möglich ist, daß er keiner Suggestion weicht. In anderen Fällen gelinge es trotz tiefer Hypnose nicht, weiter zu klären; „nicht die Methode an sich, sondern vielleicht irgendwelche Mängel des Verfahrens im einzelnen Falle wird für diesen Mißerfolg verantwortlich zu machen sein.“ Warum? möchte man sich doch zu fragen erlauben. Warda fährt fort: „Bei anderen Kranken verzichtet man mit Rücksicht auf das Auftauchen störender hysterischer Symptome oder Aufrührung schweren Unglückes.“ Wenn man aber Wardas Examina liest oder die Geständnisse anderer Hysterischer, so erhält man nicht den Eindruck, daß es sich um so grenzenloses Unglück handle. Die Patienten berichten oft nur über alltägliche Ereignisse. Man darf die zweite Komponente nicht übersehen, die hysterische Prädisposition; und wenn man Psychotherapie betreibt, so macht man sich dieselbe Eigentümlichkeit der Organisation zunutze, die auch zur Erkrankung geführt hat. Man setzt das Individuum psychischen Einwirkungen aus und hofft, daß auf Grund seiner Suggestibilität andere Vorstellungsreihen an Stelle der krankhaften treten werden. Es wird noch ausführlich davon zu sprechen sein, daß psychische Behandlung überhaupt bei Hysterie sehr wirksam ist, daß aber mehr die Beschäftigung mit den Patienten, das Erwecken korrigierender und gesunder Ideenkreise als die Berührung alter zum Teil peinlicher Erinnerungen therapeutisch etwas versprechen. Unter den an der Klinik beobachteten Hysterischen ist eine stattliche Anzahl von solchen zu verzeichnen, wo ohne weitere Therapie, natürlich ohne daß ein sexuelles Trauma zum Abreagieren gebracht worden wäre, auf ein paar freundliche Worte hin Beruhigung eintrat, über früher affektbetonte Punkte gleichmütig gesprochen wurde, wo gleichzeitig auch die Stigmen schwanden und die Kranken als geheilt entlassen werden konnten.

Gegen die Freudsche Methode hingegen läßt sich eine Anzahl Bedenken vorbringen. Der Autor selbst muß zugeben, daß sie in dringlichen Fällen nicht angewendet werden kann, weil sie viel Zeit erfordert, oft „zunächst" die Krankheitserscheinungen verschlimmert. Weniger besagen würde, daß Freud refraktären Hysterischen begegnet; wichtiger schon für die theoretische Seite der Frage ist, daß Leute, die er mit seiner Methode von ihrer Hysterie geheilt hat, wieder erkranken, und zwar an den nämlichen Symptomen, daß diese Patienten gelegentlich es vorziehen, von selbst gesund zu werden. Bei der Freiheit, die F. den Kranken läßt, erstreckt diese Freiheit sich auch auf das Gesund-werden-wollen. Von schweren Aufregungszuständen, Anfällen, ja Psychosen, welche die Hysterischen beim Examen gelegentlich bekommen, sei ganz abgesehen; auf den Anstaltsarzt macht derlei natürlich keinen Eindruck, wiewohl es dazu zwingen kann, die Privatbehandlung einer solchen Kranken aufzugeben. Wissenschaftlich bedeutsam, weil sie den Mechanismus des Freudschen Vorgehens näher zeigte, war

Beobachtung LII.

Hanka N., 38 Jahre, verheiratet, mosaisch, wird am 3. Oktober 1902 an die psychiatrische Klinik eingeliefert, unmittelbar aus einer, allerdings nicht von Freud persönlich durchgeführten kathartischen Therapie heraus. Die lange fortgesetzte kausale Behandlung hat diese Kranke ganz in Kausalität verwandelt; sie leidet nicht an Symptomen, sondern an Ursachen. Wenn man sie frägt, bringt sie nie eine Klage vor, sondern immer nur ein „weil". Ihr Denkprozeß hat sich ganz nach dem des behandelnden Arztes gemodelt; die Verstimmungen aber, die sie quälten, wurden immer schwerer, führten schließlich zu ihrer Einbringung in die geschlossene Anstalt. Erst am 5. April 1903 konnte sie in etwas beruhigterem Zustande ihren Angehörigen wieder übergeben werden. Die Progression des Leidens unter einer langen und mühseligen Behandlung ist doch ein recht trauriger Erfolg.

Die kathartische Therapie nach Freud — hier muß auch der Name Breuer genannt werden — scheint eine Suggestivbehandlung auf Umwegen, wenn Freud sich dagegen auch verwahrt. Während der Arzt sonst die krankhaften Vorstellungen direkt angeht, verknüpfen B. und F. die hysterischen Symptome mit Erinnerungen, speziell mit solchen, die eine zeitliche, zum Teil wirklich eine ursächliche Beziehung zum Symptom haben, wenigstens bestimmend wurden für sein Auftreten. Breuer und Freud lassen die Reminiszenzen abklingen; es heißt zugleich: Sie werden gesund, wenn Sie sich daran erinnern, nach einer so und so langen Behandlung etc. Hat diese doch ganz unverkennbare Suggestion bei der Patientin gefangen, dann muß selbstverständlich die in Arbeit genommene Störung aufhören. Manche Hysterische verfallen von selbst auf einen derartigen assoziativen Umweg, indem z. B. eine bestimmte Wohnung mit der Krankheit in Kausalnexus gebracht, dann durch einen Wechsel des Domizils die Genesung eingeleitet wird.

Es scheint aber nicht angebracht, diesen Mechanismus in Form einer Methode zu verallgemeinern, wenn diese, wie schon gesagt, so umständlich, zeitraubend, nervenerschütternd, vom Arzte die größte Selbstaufopferung, von der Patientin willige und tätige Mithilfe verlangt, dennoch weder sicher noch nachhaltig wirkt, unter Umständen auch schadet. Trotzdem ist die Leistung, die in der Schaffung des Verfahrens liegt, die glänzenden psychologischen Deduktionen, die sich an die Ergebnisse der Examina knüpfen, die neu gewonnenen Erkenntnisse über den psychologischen Zusammenhang hysterischer Phänomene nicht hoch genug anzuschlagen.

Von theoretischen Erwägungen ausgehend hat Stadelmann eine Psychotherapie der Hysterie aufgestellt. Er verwendet die Hypnose, um in die Ursache der Erkrankung einzudringen und suggeriert Amnesie. Die Nachprüfung dieser Methode hat keine besonderen Resultate ergeben, gewiß, weil man auslösende Momente weder objektiv, noch subjektiv dadurch wegschafft, weil die Krankheitsveranlagung außer Spiel bleibt, ja weil man ihr in die Hände arbeitet, indem die Hypnose keineswegs ein gleichgültiger Eingriff ist, am allerwenigsten für die Hysterie.

In der Jahressitzung des Vereines deutscher Irrenärzte zu Weimar 1891 referierten Binswanger und v. Krafft-Ebing über die therapeutische Verwertung der Hypnose in Irrenanstalten. Von einzelnen unzuverlässigen Berichten abgesehen, wußte man bis dahin, daß es ganz vorwiegend Hysterische sind, die sich hypnotisieren lassen und die mit Hypnose erfolgreich behandelt werden. Wenn von funktionellen Geistesstörungen die Rede ist, so sind die Fälle entweder hysterieverdächtig oder es wurden die hochgespannten Erwartungen, die man an die hypnotische Behandlung knüpfte, stark herabgestimmt. Die Schule von Nancy vertritt zwar den Standpunkt, daß gerade die schweren, voll entwickelten Formen von Hysterie der Hypnose widerstreben; doch berechtigt das, wie schon eingangs auseinandergesetzt, nur zu dem Schlusse, daß die krankhaften Eigensuggestionen stärker sind als der Arzt; der Kranke will nicht gesund sein, er reagiert wenig auf die Hypnose, er ist aber doch suggestibel. Binswanger berichtete, daß er sechs Fälle schwerer hysterischer Geistesstörung mit günstigem Erfolge behandelte, doch blieben Zeichen von Hysterie bestehen. Gelegentlich sah er böse Nebenwirkungen der Hypnose. Korreferent von Krafft-Ebing legte das Hauptgewicht auf eine richtige Redaktion der Suggestion.

Seither hat sich der Standpunkt in der Hypnosefrage nur dahin geändert, daß man noch vorsichtiger und zurückhaltender mit ihrer Anwendung geworden ist. Die Erfahrung lehrt, daß es nur selten möglich wird, eine Hysterica zu überfallen, ihr ohne nähere Kenntnis ihres Wesens in der Hypnose sofort völlige Genesung zu suggerieren; es kann das nur gelingen, wenn die Persönlichkeit, welche der Hysterie gegenübertritt,

derselben bekannt ist, als Autorität imponiert, wenn gerade eine günstige Wendung im Krankheitsbilde, vorbereitet durch irgendwelche Innenvorgänge, angebahnt worden ist. Wie alles bei der Hysterie komödienhaft aussieht, so ist es auch ihre Reaktion auf die hypnotische Behandlung. Der unbefangene Zuschauer könnte den Eindruck empfangen, als ob Arzt und Hysterica sich gegenseitig etwas vormachen würden — sogar von wissenschaftlicher Seite wurde einer solchen Meinung Ausdruck verliehen. Es ließe sich noch hinzufügen, daß dabei immer die Patientin das Heft in der Hand hat, indem man nur so weit kommt, als die Hysterica gerade zu wollen scheint, nur daß man sich darauf einigt, als sei es jetzt der Wille des Arztes, der eben einen kleinen Erfolg in symptomatischer Beziehung errungen. Daß dieser Eindruck auf der Logik der Hysterie beruht, daß derartige Gedankengänge krankhaft sind, bedarf keines weiteren Beweises, wohl aber müßte erst bewiesen werden, daß die Hysterica im Oberbewußtsein tatsächlich so argumentiert, um das ganze Schwindel nennen zu können, und die krankhafte Grundlage dieses Schwindels wäre damit noch nicht aus der Welt geschafft.

Einzelne Male widerstreben Autosuggestionen der Heilwirkung, die der Hypnotiseur beabsichtigt, namentlich bei der traumatischen Hysterie männlicher Individuen. Das würde indes wenig ausmachen. Viel schlimmer ist, daß zahlreiche Hysterische die Hypnose nicht vertragen. In der Literatur entbrannte ein lebhafter Streit, indem die Schule von Nancy alle Mißerfolge der Suggestionstherapie auf mangelhafte Technik und Mißbrauch der Hypnose zurückführen wollte. Nach dem Zeugnisse berufener Autoren steht es aber nicht so. Ziehen meint, daß die vorsichtigste Hypnose einen Dämmerzustand verschlimmern könne. Jolly ist ein fast unbedingter Gegner der Hypnose. In Fällen kindlicher Hysterie hat Bézy Krampfanfälle bei Hypnotisierversuchen gesehen.

Ein prächtiges Beispiel ausdauernder hypnotischer Behandlung publiziert Hebold, der einen Fall hysterischer Geistesstörung durch 5 Monate in fast täglichen Sitzungen hypnotisierte, teilweise mit verschlechterndem Erfolge; einzelne Symptome verschwanden, neue kamen dafür. Er legt auch mehr Gewicht darauf, daß die krankhafte Persönlichkeit unter den wirksamen Einfluß eines Gesunden gestellt, ein einheitlicher Kurplan durchgeführt werde.

Selbstverständlich kann man von Therapie nicht sprechen, wenn den Patientinnen falsche Namen, Gesichts-, Gehörstäuschungen, Lähmungen, Kontrakturen suggeriert werden. Daß eine Fortsetzung solcher Versuche für die Wissenschaft etwas bedeutet, ist mit Recht anzuzweifeln. Der Arzt von heute wird sich darauf beschränken, auf die schonendste Weise zu hypnotisieren, bei leicht erregbaren Personen beruhigend, bei Zweiflern energisch im Sinne des vorherbestimmten Heilplanes Suggestionen zu geben. Aber selbst da macht man bedenkliche Erfahrungen,

ohne daß man die Technik dabei anschuldigen dürfte. An der Klinik wurde durch Fixierenlassen, durch wiederholten Zuspruch, durch Befehl, durch Augenschluß, durch Streichen, durch monotone Gehörreize, eventuell mit Hilfe von ein paar Tropfen Chloroform Hypnose herbeigeführt, oft mehrere Methoden nacheinander an einem und demselben Falle versucht, ohne daß Unterschiede zu bemerken waren. Auch die rein verbale Schlafsuggestion hat bei Beobachtung XLIV Reizerscheinungen verursacht. Dieselben blieben auch nicht aus, als man, wie dies verlangt wurde, gleichzeitig die Hand auf die Stirne legte. Bei ein und derselben Technik eines Untersuchers ist zu konstatieren, daß hin und wieder die lebhaften Krankheitsgefühle, der interessierte Krankheitswunsch sich nicht wegsuggerieren lassen; und kommt man mit Gewalt, so wehrt sich die Patientin und antwortet mit neuen hysterischen Erscheinungen.

Es ereignet sich, daß die Idee des Beeinflußtwerdens, daß Wahnideen direkt an die hypnotische Behandlung anknüpfen, aber auch schwerere Geistesstörungen, autohypnotische Zustände wie bei Beobachtung XXIV und Fällen der Literatur (Friedrich) können direkt durch die Hypnose ausgelöst werden. In allen diesen Fällen verzichtet man zu spät auf dieselbe. Man muß schon ein Ende machen, wenn sich eine allzugroße Abhängigkeit der Kranken vom Arzte entwickelt.

An der Klinik wurde die Hypnose zunächst zu wissenschaftlichen Zwecken angewendet. Das bei dieser Gelegenheit Gelernte führte zu dem Entschlusse, die Hypnose als therapeutisches Agens möglichst zu vermeiden. Gelingt es nicht, ein Individuum zu offener Aussprache zu bewegen, weil irgendwelche Hemmungen sich dem entgegenstellen, so mag man die Hypnose versuchen, wenn an der ätiologischen Klärung des Kasus viel gelegen ist. Im hypnotischen Schlafe erzählen junge Mädchen Dinge, die im Wachzustande zu erzählen sie sich manchmal zieren. Man kann dann auch auf diesem Wege korrigierend, tröstend, den Einfluß tiefsitzender Vorstellungen zerstören. Dabei muß man sich aber immer fragen, ob die schädlichen Folgen, welche man riskiert, leichter sind als die Übel, welche man beseitigen will. Liebermeister hat gewiß Recht, wenn er meint, es sei leichter durch Hypnose einen Gesunden hysterisch zu machen als eine Hysterie dauernd zu heilen; denn in den allermeisten Fällen bedarf es der Hypnose gar nicht. Es wird jetzt allgemein anerkannt, daß derjenige, der die Hysterie im Wachzustande nicht zu behandeln versteht, auch durch Hypnose keine besseren Erfolge erzielt. Man erfährt im Wachzustande alles, was man zu wissen braucht und kann jede therapeutische Suggestion geben. Nicht Hypnotherapie, sondern Psychotherapie verlangt die Hysterie.

Diese Psychotherapie kann nicht besser einbegleitet werden als van Eeden dies tut, indem er bedauert, daß sie sich je vom Hypnotismus ins Schlepptau nehmen ließ, denn dieser hat mit der Psychotherapie an

sich nichts zu tun. Grundsätzlich darf man sich der Suggestibilität, wo diese vorhanden ist, zwar bedienen, aber dieselbe ohne Not niemals steigern. Stets behalte man die ideale Forderung im Auge, die individuelle Willensfreiheit zu schonen; nicht zu befehlen, sondern zu leiten, zu konzentrieren, anstatt zu verwirren, vor allem die Willenskraft und damit die Widerstandskraft zu erhöhen. Diese ideale Psychotherapie erlernt man nur zum Teile, indem der Erfolg des einzelnen von Imponderabilien, von anscheinend äußerlichen Kleinigkeiten abhängt. Nur leitende Grundgedanken seien hier wiederzugeben versucht. Man muß zunächst trachten, das Vertrauen der Kranken sich zu erwerben, etwas, was auf keine Weise erzwungen, nur selten durch einen glücklichen Coup rasch, sonst meist durch Geduld und liebevolles Entgegenkommen allmählich gelingt. Die Tatsache, daß man es meist mit weiblichen Personen zu tun hat, erleichtert die Sache einerseits, gestattet dem Anstaltsarzt aber nicht eine größere Anzahl Hysterischer gleichzeitig und am selben Orte zu behandeln. Man knüpft an die Äußerungen der Krankheit an, läßt die Patientin über Entstehung, Bedingungen, Erscheinungsweise reden, ohne zuerst noch suggestiv zu wirken, man belehrt dann über die funktionelle Natur des Leidens, sucht Mittätigkeit anzuregen bei Bekämpfung der Symptome, man widerlegt durch freundlichen Zuspruch, setzt die Wirklichkeit den falschen Prämissen entgegen. Man erweckt Vorstellungskreise, Bilder aus gesunder Vergangenheit, tröstet über das unausweichliche Mißgeschick, das ja jedem widerfahren muß; man darf auch Fatalismus predigen, oder die Patientin dazu bringen, daß sie aus philosophischer Höhe auf ihr kleines Ungemach herabblickt, man verspricht Möglichkeiten, die eine Wendung ihrer Lage herbeiführen könnten. Nachdem die Kranken ihrem Bedürfnis Genüge getan, sich alles vom Herzen gesprochen, geht man daran, andere Interessen zu wecken, um einen Ersatz, eine Ausfüllung zu bieten für die leeren Stellen im Gemütsleben.

Außer Diskussion steht, daß diese Konversationstherapie, die teilweise in den Rahmen der Anstaltsvisite fallen kann, bei zielbewußter Leitung die Persönlichkeit der Patientin ganz unter den Willen des Arztes stellt, der in der öffentlichen Anstalt ja eine außergewöhnliche Autorität besitzt und so auf die naturgemäßeste und unschädlichste Weise zur Genesung führt. Diese Therapie ist das wichtigste Heilverfahren für die Hysterie im allgemeinen, namentlich bei lenteszierenden, vielseitigen Formen, bei Rekonvaleszenten. Auf der Höhe eines Delirs beginnt man nicht damit; man wartet bis die Kranke traitabel geworden ist. Zugegeben soll werden, daß gewisse, charakterologisch schwer abnorme Hysterische unvorbereitet auch im Dauerzustande nicht dafür sich eignen. Allerdings sind das nur seltene Ausnahmen. Wenn man aber auf so eine überempfindliche Organisation trifft, die Krämpfe oder dergleichen

bekommt, so wie man sich mit ihr überhaupt nur beschäftigen will, dann muß diese pathologische Reizbarkeit durch eine der im späteren zu besprechenden Methoden beseitigt sein, ehe die Psychotherapie mit Nutzen einsetzen kann.

In dem wohl durchdachten Heilplane, der vom Einzelnen nur wenig Notiz nimmt, sich hauptsächlich gegen die Grundlage der Krankheit, den Gesamtzustand wendet, ordnen sich nun therapeutische Maßregeln der verschiedensten Art dem leitenden Gedanken unter. Man muß dafür sorgen, daß der Erfolg der Visite nicht durch die Umgebung der Kranken wieder zerstört werde; man wird darum degenerierte, undisziplinierte Genossinnen von der Rekonvaleszenten möglichst fernhalten; es sind auch die Besuche, ja die Korrespondenz daraufhin anzusehen, welche Reaktion sie bei der Patientin auslösen. Mit fortschreitender Genesung wird man immer mutiger; man darf beginnen den Kranken gewissen Unannehmlichkeiten auszusetzen, ihm Personen vorzuführen, die er früher nicht sehen konnte; er mag schon Dinge tun, welche früher Krankheitserscheinungen hervorriefen; man frägt ihn um die persönlichsten Angelegenheiten und bekämpft sofort mit Scherz und Ernst jede Spur einer etwa sich noch zeigenden Erregung. Nur dadurch erlangt man eine Garantie für die Heilung.

Ein sehr wichtiges Moment bei dieser psychischen Behandlung ist die Beschäftigung der Patienten. Man hat dieselbe zu einem Heilfaktor für sich erhoben und von einer Beschäftigungstherapie gesprochen. Bewußte Tätigkeit vermag die Kranken von ihren Innenvorgängen abzubringen und sie dem realen Leben wieder zuzuführen; es soll das Spiel der Phantasie in bestimmte Bahnen gelenkt werden. Wenn man gleichzeitig die Aufmerksamkeit der Hysterischen schulen will, dann muß man ihnen eine Arbeit geben, die anregt; mit irgendeinem Handwerk, Laubsägerei, häuslicher Beschäftigung, die den Kranken weder freut noch interessiert, wird nur selten gedient sein. Gartenarbeit, eine mehr künstlerische, schöpferische Tätigkeit wie Malen, Modellieren, nebst ausgewählter Lektüre eignen sich ganz ausgezeichnet; Musik wird aktiv ausgeübt, passiv genossen. In neuerer Zeit kommen die verschiedenen Formen des Sports den Ärzten zu Hilfe. Überanstrengung ist zu vermeiden, sonst aber gibt es keine Kontraindikationen; selbst eine dysbasische Hysterica kann eine prächtige Radlerin sein. In Sport jederlei Art liegen zahlreiche Heilfaktoren, während man mit weiblicher Handarbeit wenig erreicht. Dieselbe wird mechanisch geleistet; sie beweist, daß die Kranken automatischer Tätigkeit wieder fähig sind, ohne aber therapeutisch zu wirken. Empfehlenswert ist ein geregelter aber abwechslungsreicher Stundenplan, welcher den ganzen Tag umfaßt.

Endlich stehen im Dienste des Heilplanes therapeutische Maßnahmen, welche die Hysterie von der somatischen Seite her angehen. Sie alle

wirken mit einer psychischen Komponente, haben im gegebenen Falle ihre Indikationen und Kontraindikationen; sie helfen über Lücken hinweg, fördern die Vorstellung der Genesung.

Auch hier hat sich eine spezielle Therapie in den Vordergrund gedrängt und den Anspruch erhoben, für sich allein die kausale Behandlung der Hysterie darzustellen. Insoferne man die Hysterie immer und zu allen Zeiten mit den Genitalien in Zusammenhang brachte, wurde von den Gynäkologen ein außerordentlicher therapeutischer Eifer entwickelt, und zahllose Hysterische haben sich Eingriffe, namentlich solche operativer Natur an ihren Genitalien, kranken sowohl wie gesunden gefallen lassen müssen. Man ist seither durch die vielen Mißerfolge etwas abgekühlt und steht namentlich in deutschen Landen auf einem resignierteren Standpunkt. Doch hat erst neulich wieder ein Gynäkologe, Ziegenspeck, die Hysterie definiert als Krankheitserscheinungen ohne pathologisch-anatomische Grundlage im Gebiete des Nervensystems, meist hervorgerufen durch eine Erkrankung der Genitalien. Diese sei zuerst zu beseitigen, dann erst die eventuellen nervösen Beschwerden weiter zu behandeln.

In der Arbeit „Zur Frage der kausalen Beziehungen zwischen Frauenleiden und Geisteskrankheiten" mußte die Proposition eines solchen Vorgehens zurückgewiesen werden. Theoretisch sind Beziehungen zu konstruieren, zweifellos gibt es eine große Gruppe von Genitalneurosen, wohl auch von Reflexpsychosen, aber bei hysterischen Geistesstörungen hat man die schwersten therapeutischen Mißerfolge zu verzeichnen. Eine erdrückende Fülle von Erfahrungen zwingt in der Praxis die Indikationen gynäkologischen Eingreifens bei Hysterie ebenso zu präzisieren, wie bei Geisteskrankheiten überhaupt: Ich resümierte (l. c.): „Ergibt die bimanuelle Untersuchung einen pathologischen Befund, der eine Behandlung indiziert, so ist es geboten, den vorhandenen Krankheitszustand zu beseitigen. Dabei ist jedoch das jeweils schonendste Verfahren, und wenn gleiche Rücksichten für konservatives und radikales Vorgehen sprechen, das konservative zu wählen."

Die Hysterie als solche kompliziert diese Indikationen vielleicht weiter; eine gynäkologische Untersuchung löst Affekte aus, die gelegentlich so schwer werden, daß der untersuchende Eingriff allein eine hysterische Psychose nach sich zieht. Es ist besonders schrecklich und überwältigend, wenn eine vorher anscheinend nur nervöse Patientin am Untersuchungstisch Krampfanfälle bekommt oder gar geisteskrank wird — tatsächliche Beobachtungen, die es bewirken könnten, daß die öffentliche Meinung gegen eine gynäkologische Untersuchung Hysterischer nur ihrer Hysterie wegen, ohne sonstige Indikation, sich wehrt. Ist eine Patientin einmal in psychiatrischer Behandlung, dann hat eine Indagation diese schlimmen Folgen nicht mehr. Geisteskrank ist die Patientin schon,

ein neuer Anfall geht vorüber, macht wenig Eindruck mehr, man weiß, daß ein geringfügiger anderer Anlaß denselben Effekt gehabt hätte. Was die Notwendigkeit der Untersuchung betrifft, so möge der Arzt auch bedenken, daß er mit dem Erotismus der Hysterischen zu kämpfen hat, daß diese Kranken oft tatsächlich auf der Exploration nur bestehen, um irgendwelche Nebenabsichten zu erreichen.

Endlich ist noch etwas nicht zu vergessen. Hysterische Beschwerden und Schmerzen werden in die Genitalien lokalisiert, ohne daß ein greifbarer Krankheitsprozeß vorliegen würde. Hysterische haben schon so eindringlich und hartnäckig zu klagen verstanden, daß man wegen „schmerzhafter Ovarienentartung" zur Kastration sich drängen ließ, mit dem Erfolge, daß die Hysterie höchstens ihre Erscheinungsform wechselte. Die beste Therapie kann in solchen Fällen Schaden stiften, man erzielt das Gegenteil von dem, was man erhoffte. Eine Anzahl eigener Erfahrungen illustriert das Gesagte aufs Prächtigste. Einigemale ergab bei insuffizienten Hysterischen, die über Unterleibsbeschwerden lamentierten, die gynäkologische Untersuchung irgendeine Kleinigkeit, z. B. einen Descensus uteri. Wollte man demselben abhelfen, so waren die regelmäßigen Folgen der von sachkundigster Hand vorgenommenen lokalen Behandlung, daß diese Kranken tränenüberströmt noch größere Schmerzen zur Schau trugen, wenn sie nicht in der gynäkologischen Ambulanz mit hysterischen Anfällen aufwarteten, die Ärzte dort beschimpften und verdächtigten. Diese Patientinnen wollen ja klagen. Wenn man ihren Krankheitswillen sanktioniert, ihnen die Dringlichkeit einer gynäkologischen Behandlung zugesteht, dann äußern sich die subjektiven Beschwerden erst recht stark und motivieren die Therapie.

Boldt stellt für dieselbe folgende Indikationen auf: Es müssen alle übrigen therapeutischen Maßnahmen erfolglos geblieben sein, der Zustand sich zunehmend verschlechtern, tatsächlich Krankheitserscheinungen in den Adnexen nachweisbar sein, und sich ein Zusammenhang der Anfälle mit der örtlichen Erkrankung feststellen lassen, z. B. menstruelle Verschlimmerung. Boldt verlangt weiter, daß wenigstens bei Betastung der Eierstöcke Anfälle auftreten, daß, falls eine Aura besteht, diese vom Ovarium ausgehe; werden alle anderen Ursachen für Hysterie ausgeschlossen und verhehlt man der Kranken das möglicherweise negative Resultat nicht, dann dürfe man eine Salpingo-Oophorektomie vornehmen. Gegen diese strenge Einschränkung der operativen Behandlung wird sich wohl sachlich nichts einwenden lassen.

Es scheint, als ob Ziegenspeck die schon im Jahre 1897 erschienene Arbeit von Angelucci und Pieraccini entgangen wäre, welche das Ergebnis einer internationalen Umfrage über den Wert der chirurgisch-gynäkologischen Therapie bei Hysterie übersichtlich zusammenstellen. Die Autoren erhielten Berichte über 116 Fälle; davon wurden nur 17

= 14·6 Prozent gebessert oder geheilt; es ist indes durchaus zweifelhaft, ob da wirklich immer Hysterie vorlag. Andere Rubriken dieser Statistik lauten: Nach Totalexstirpation zwecks Behandlung der Neurose wurden geisteskrank 17 Hysterische, verschlimmerte sich der Zustand von 10. — Nicht oder wenigstens nicht erkennbar hysterische Frauen, die nach Entfernung kranker Genitalien geisteskrank wurden: 24! Bei Behandlung zwecks Heilung ihrer Psychose blieben gleich oder verschlimmerten sich 19 Fälle. — Außerdem weist die Statistik 6 Hysterische aus, bei denen Heilung durch fingierte Operation erwirkt worden ist, so daß man auch in anderen günstigen Fällen, freilich auch bei den ungünstigen, an Suggestion denken darf. Letztere Komponente wird durch einen instruktiven Kasus von Alessandri näher beleuchtet.

Eine Patientin, die seit dem 13. Lebensjahre an schwersten hysterischen Anfällen leidet, war durch Hydrotherapie, Hypnose, Sanatoriumaufenthalt etc. nicht zu heilen. Sie wurde dann total ovariektomiert, wobei man atrophische, degenerierte Ovarien fand. Die Krankheit zessiert, um wieder hervorzubrechen, nachdem sich eine Blutung aus dem Genitale gezeigt hatte. Patientin glaubt unvollständig operiert worden zu sein und besteht auf Wiederholung der Operation. Man täuscht die Kranke durch einen einfachen Schnitt in die Bauchhaut, und die schweren Erscheinungen verschwinden. Indem man hier der passiven Operationswut der Hysterica nachgibt, hat man auf rein suggestivem Wege den Krankheitsprozeß beeinflußt.

Körperlicherseits kann man günstig wirken in allen Fällen von Hysterie nach Vergiftung, nach einer schweren erschöpfenden Krankheit etc., indem man die Residuen der Intoxikation tilgt, die Rekonvaleszenz befördert, auf irgendeine Art die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems erhöht. Luft, Licht, Massage und Wasserkuren dienen zur Abhärtung; als interne Medikation kommen die Tonica, Eisen und Arsen zu ihrem Recht, wie man zu sagen pflegt zur Verbesserung der Blutbildung. Der von Schubert so warm empfohlene Aderlaß (2 *g* Blut auf 1 *kg* Körpergewicht) imponiert vielleicht der einen oder anderen Hysterischen. Blutverluste werden von Frauen ausgezeichnet vertragen; vielleicht regt er die Blutbildung hin und wieder sogar an. Unmittelbar wirksamer scheint Hebung des Ernährungszustandes durch reichliche Diät, eventuell durch eine vorsichtige Überernährung. Jedes gewonnene und festgehaltene Kilogramm bedeutet eine Sicherung gegen Rückfälle aus geringfügigen Anlässen. Manchmal wird eine Hysterie erst ganz gut, nachdem man volles körperliches Wohlbefinden geschaffen hat.

Von der ungeheuren Zahl arzneilicher Mittel, welche bei Hysterischen versucht, zum Teil als spezifisch gepriesen worden sind, soll erst gar nicht gesprochen werden; sie wirken der hier vertretenen Auffassung nach nur auf suggestivem Wege und können ebensogut nutzen als schaden, je nach den Suggestionen, welche die Patienten der Medikation entnehmen. Man gab Präparate von intensivem Geruch und Geschmack,

Asa foetida, Castoreum, Valeriana; Organpräparate, Spermin, Ovarialtabletten, die schon durch ihre Namen Eindruck machen müssen. Kleinwächter hat von Ovarialtabletten übrigens Nachteil gesehen, was besonders registriert werden soll; anderemale genügte es, daß die wirksame Substanz in festverschlossener Phiole auf das Nachttischchen gestellt wurde. Eine wahre Actio per distans.

Das alles bezieht sich auf die Behandlung der Hysterie als solche. Nun hat man aber einen akuten Krankheitsfall, speziell eine hysterische Psychose vor sich, die eben in die Anstalt eingeliefert wurde in einem Zustande hochgradiger psychomotorischer Erregung oder im Gegenteile, schwer gehemmt. Schon die Versetzung in die Irrenanstalt kann ein sehr wirkungsvoller therapeutischer Eingriff sein. Anfälle z. B. schneiden nicht selten mit der Internierung ab. In anderen Fällen liegt die Einbringung leider gerade in der krankhaften Gedankenrichtung der Hysterica; man möchte sagen, sie sei beabsichtigt und daher ohne Effekt; sie bestärkt sogar die pathologischen Eigensuggestionen. Wie jede äußerliche Behandlung eine Anerkennung der Krankheit bedeutet, so ist auch die Internierung eine Bestätigung der Psychose. Die psychotische Umgebung vermag neue Symptome hinzuzusuggerieren. Darüber entscheidet die Eigenart des Falles, und die richtige Wertung derselben bedingt den therapeutischen Erfolg. Der ärztliche Scharfblick muß erkennen, ob die Internierung zu vermeiden ist; in jedem Falle wohl hat man sich zu bestreben, dieselbe möglichst abzukürzen. Für das hysterische Proletariat hat die Indikationsstellung keine Bedeutung; im Falle der Störung oder Gemeingefährlichkeit, und nur dann werden diese Kranken einer öffentlichen Irrenstation zugewiesen; anders ist es mit den materiell besser gestellten Kreisen. Hier ist die Anstalt aber auch im Gegensatz zu den unbemittelten Volkskreisen, für welche sie eine Versorgung bedeutet, ein Gegenstand des Widerstrebens, des Schreckens und daher manchmal von gutem, oft von überraschend günstigem Erfolge. — Insofern schwere akute Erscheinungen vorliegen, ist es notwendig, die Kranken für die unumgängliche psychische Therapie vorzubereiten, sie traitabel zu machen, und hier steht eine Reihe von Methoden zur Verfügung, als erste die Hydrotherapie.

Allgemein läßt sich die Frage nicht entscheiden, ob bei den Hysterischen eine kalte Dusche nach vorhergegangener Wärmestauung vorteilhafter ist als eine schottische Dusche oder eine kalte Abgießung. Rein symptomatisch behandelt man schwere Erregungszustände mit feuchten Einpackungen, die kalt angelegt werden und die Patienten gleichzeitig etwas beschränken. Nur für leichtere Exaltationszustände kämen laue Bäder in Betracht. Als erregende Prozeduren für Stuporfälle eignen sich kalte Duschen (nicht auf den Kopf!), kalte Abgießungen. Es entscheidet weniger eine geheimnisvolle Wirkung des Wassers, als der

starke Hautreiz. Je unangenehmer das Verfahren für die Kranke, um so wirksamer ist es; insofern darf man die Indikationen auch frei variieren. Ein Glas kalten Wassers kräftig ins Gesicht geschüttet vermag hysterische Anfälle zu coupieren u. dgl., so lange die Patienten an den Kältereiz noch nicht gewöhnt sind. Energischer wirken Abklatschungen, kräftige Schläge mit nassen Kompressen, wie man sie auch zur Wiederbelebung Asphyktischer verwendet. Bei den mangelhaften Badeeinrichtungen der veralteten Irrenanstalten hat man ein viel bequemeres, handlicheres Therapeuticum in dem faradischen Pinsel, der ebenfalls kräftige Hautreize setzt. Der Erfolg der Elektrizität beweist, daß es auf das Wesen der Prozedur gar nicht ankommt, zum kleineren Teile auf Heilsuggestion, zum größeren darauf, ein Gegenmotiv gegen die Krankheitssuggestionen abzugeben, den Willen zur Genesung zu stärken.

Als ein ganz ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung exzessiver hysterischer Aufregungszustände hat sich an der Klinik das Apomorphin. hydrochlor. erwiesen, das subkutan in einer Dosis von 0·005—0·02 angewendet wurde. So wie der Kranken übel wird, hört das Toben auf; der Brechakt schließt den Aufregungszustand definitiv ab, und nur abgehärtete Hysterische widerstehen dem Mittel. Da leicht Gewöhnung erfolgt, muß man sich darauf beschränken, das Apomorphin in einer nicht zu kleinen Dosis beim ersten Anlasse anzuwenden und dann durch längere Zeit zu pausieren, auch wenn die Indikation binnen kurzem sich wiederholen sollte.

Hat man volles Verfügungsrecht über die Patienten, dann können mit derartigen Maßnahmen wahre Wunderkuren verrichtet werden, wenn es sich um akute, nicht gar zu tief sitzende Zustände handelt. Der chronische Hysterismus ist dadurch nicht zu beseitigen, im Gegenteil, die Kranken rächen sich dafür, daß man sie so schnell zur Genesung zwingen will. Im nächsten Kapitel wird ein Fall von Rouby zu berühren sein, der das Gesagte wohl am schrecklichsten illustriert. Der Mann dieser Hysterica ist darauf gekommen, daß für die Anfälle und hysterischen Streiche Prügel die beste Therapie seien; dieselbe wirkte auch ausgezeichnet. Die Frau wurde gesund, aber dem Mann kostete sie das Leben: er wurde von ihr vergiftet.

Der Grundplan der Behandlung läßt sich nicht in eine Schablone zwängen. Man wird Erfolge erzielen und Mißerfolge zu beklagen haben nach den verschiedensten Methoden; man hat sich dann entweder in der Persönlichkeit der Hysterischen getäuscht oder die krankhaften Suggestionen, die Gegenmotive, sind stärker als der Arzt.

Leichte Fälle werden spontan gut, indem die Patienten die nicht tiefliegende Idee selbst korrigieren; der gesunde Vorstellungsinhalt gewinnt das Übergewicht und führt zum früheren Ich zurück. Die meisten Formen des hysterischen Irreseins sind ihrer inneren Natur nach transitorisch, so

pflegt z. B. das typische Delir ohne jede Therapie in der kürzesten Zeit abzuklingen; es frägt sich nur, welcher Grad von Affekterregbarkeit zurückbleibt, ob die Kranke ohne jeden Eingriff auch entlassungsfähig wird. Man behandelt hier, von der Erscheinungsform ganz abgesehen, die Hysterie; die symptomatologische Therapie spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Wichtig ist die hysterische Organisation, grundlegend der Einfluß der Persönlichkeit, die man zu ändern versuchen muß, gegenüber den einzelnen Symptomen, die nur durch äußere oder abgeleitete Einflüsse von innen heraus bedingte Folgeerscheinungen jener sind und nur wenig Anknüpfung bieten. Es ist sogar ein Fehler, in jedem Falle alles behandeln zu wollen; speziell die Stigmen verschwinden ganz von selbst, ohne daß man das mindeste dazu tut. Den komplizierten Krankheitsbildern gegenüber ist es vielleicht sogar besser, etwas weniger zu medizinieren, als zu viel. — Es gibt zwei ganz entgegengesetzte Prinzipien, von denen aus man sein Vorgehen leitet.

Die Therapie kann sich den Suggestionen der Kranken anschließen, man läßt sie gesund werden auf ihre Weise. Das ist eine vielleicht zeitraubende, aber sichere Behandlung, wenn man alles zu Hilfe nimmt, was dem Glauben der Hysterischen entgegenkommt. Wechsel des Aufenthaltsortes reißt sie aus der Umgebung, an welche ihre Krankheitszeichen anknüpfen, und vermeidet die neuerliche Anregung hysterischer Mechanismen. Die Patienten deuten selbst an, wie sie gesund werden wollen, wünschen nur etwas freundlichen, beruhigenden, tröstenden oder aufmunternden Zuspruch. Andere verlangen neuartige Kurprozeduren, einen Wechsel des Arztes, eine Autorität, und hier heißt es, rechtzeitig den Rat zu geben, die Kranke möge einen Wundermann weit in der Ferne oder einen Wunderort aufsuchen. Manche Kultstätten erfreuen sich als Kurorte eines Weltrufes, den sie ausschließlich Hysterischen verdanken. In dem Maße, als die persönliche Autorität des Behandelnden sinkt, bei gläubig veranlagten, sehr frommen Hysterischen ist durch eine derartige Ordination ein wenigstens augenblicklich glänzender Erfolg leicht zu erzielen. Wenn die Autosuggestion nicht dahin lautet: mein Leiden ist so schwer, daß mir auch das brünstigste Gebet an geweihter Stätte nichts helfen kann — ein Gedanke, der mit wahrer Gläubigkeit unverträglich ist — muß die Ordination auch wirken, gibt jedenfalls der Kranken neues Vertrauen zu ihrem Arzte.

Minder intelligente Hysterische sind der Psychotherapie jederlei Art im allgemeinen weniger zugänglich; sie bereiten gewisse Schwierigkeiten, wenn man ihnen nicht mit einem sicht- und fühlbaren Zeichen der unsichtbaren Einwirkung entgegenkommt. Man ordiniert entweder geräuschvolle Prozeduren, große Flaschen schön gefärbter Medikamente mit detaillierten, eventuell nur schriftlich zu berechnenden Dosierungen. Andere Kranke dieser Art haben aber eine unbesiegliche Scheu vor

interner Medikation, vor Medizingiften, eine Suggestion, die gerade jetzt von gewisser Seite in die breiten Schichten des Volkes getragen wird. Dann tun Kniegüsse und Oberwickel dieselben Dienste. Glaubt man auf dem richtigen Wege zu sein, so darf man die Wünsche der Patienten vorher erraten und dieselben durch eine möglichst bestimmte Ordination auf ihre Weise gesund machen.

Die ganz entgegengesetzte Methode, Hysterie zu behandeln, besteht darin, daß die Umgebung sich geradezu in einen Gegensatz zu der Beachtungssucht, zu der Egozentrizität dieser Patienten stellt. Man schafft die Krankheit weg, indem man sie nicht anerkennt. Eine alte Erfahrung lehrt, wie günstig Isolierung, namentlich bei hysterischen Simulanten, Dämmerzuständen, bei hysterischen Kindern wirkt; die Patienten sind gewissermaßen enttäuscht, daß ihr schweres Leiden so gar keine Aufmerksamkeit erweckt; es fehlt der Anreiz, noch weiter krank zu sein. Man hat dieses Verfahren zu einem System ausgebildet und spricht von zweckbewußter Vernachlässigung. Dieselbe läßt sich nur dort anwenden, wo die Hysterica vollkommen in die Hand eines Arztes gegeben ist, denn speziell gegen diese Behandlung pflegen sich die Kranken zu sträuben. Man geht ruhig an ihnen vorüber wie wenn man es nicht merkte, daß sie sich in Krämpfen winden, daß sie halluzinieren. So nimmt die hysterische Nahrungsverweigerung am schnellsten ein Ende, wenn absolute Isolierung sogar die Möglichkeit brieflicher Klagen abschneidet.

Man kann zwei Methoden verbinden, aber man darf niemals halbe Maßregeln ergreifen, keine Kompromisse schließen. Nimmt die als Beispiel herangezogene Patientin auch in der Isolierung nichts, so greife man entschlossen zum Nährschlauch. Gelingt es mit der nötigen Energie der Vorbereitung gleich am ersten Tage eine abstinierende Hysterica zum Essen zu bringen, sogar zur Annahme gewöhnlicher Kost, dann ist alles gewonnen. Wenn man eine hysterische Simulantin einmal zu faradisieren begonnen, dann muß diese Behandlung konsequent trotz des Widerstandes der Kranken fortgesetzt werden, bis Korrektur erzielt ist, sonst hat man verspielt und kommt gegen diesen Fall nicht mehr auf. Es ist gestattet geradeheraus zu reden, namentlich Kindern ganz direkt ihre „Dummheiten" zu verbieten, sie grob anzufahren. Ein sehr bekannter Autor — er übrigens nicht allein — hat Fälle kindlicher Hysterie durch einen Klaps, eine einzige Ohrfeige geheilt. Das entspricht durchaus dem Wesen dieser Krankheit, kollidiert nur mit dem Buchstaben des Strafgesetzes und dem, was humane Krankenbehandlung heißt. Man darf allerdings mit der Humanität nicht so weit gehen, daß man darauf verzichtet, eine Hysterie zu coupieren, daß man diesen Patienten lieber auf anderer Kosten nahelegt, möglichst lange passive Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zu bleiben.

Wie schon einmal gesagt, hat das ärztliche Trachten vielmehr dahin

zu gehen, eine Hysterie außerhalb der Wohlfahrtsanstalten zu erhalten. Wenn irgendeine bemittelte Familie sich den Luxus gönnt, einer solchen Kranken all ihre Launen zu erfüllen, so ist das Privatsache. Die Art, wie jemand sein ererbtes oder sonst irgendwie gewonnenes Vermögen zu genießen wünscht, steht ihm ebenso frei; er darf sich zeitlebens in einem Sanatorium verpflegen lassen. Wo ein schwerer Schicksalsschlag die abnorme Organisation zu einer pathologischen Reaktion veranlaßt, verdienen diese Patienten das lebhafteste Mitgefühl und tätige Beihilfe, das Bemühen, ihnen Ersatz für das Verlorene zu schaffen. Wo aber Hysterische mit ethischen Defekten, antisozialen Neigungen die für Hilfsbedürftige geschaffenen humanitären Einrichtungen mißbrauchen, da möge man doch ein Veto einlegen. Leider sind die Mittel für öffentliche Wohlfahrtspflege überaus beschränkt, so daß eine Auswahl unter den zu Unterstützenden getroffen werden muß. Da scheint es nun nicht angebracht, gerade die Hysterischen, die sich vordrängen, zu begünstigen, während man vollwertige und darum wertvolle Organisationen im schweren Kampf ums Dasein in Elend sich aufreiben läßt, zum Schaden der Gesamtheit. Ebenso darf man nicht zugeben, daß die Degenerierten die Spitalsabteilungen füllen und selbst Leuten den Raum nehmen, die einer äußeren Schädlichkeit erliegend, durch das Krankenhaus wieder arbeitsfähig zu machen sind. Die soziale Gemeinschaft bedingt für jedes ihrer Mitglieder Rechte und Pflichten; pathologisch oder nicht, sozial ist jeder Mensch für sein Tun verantwortlich. Gelingt es nicht, den Krankheitswillen einer Hysterica zu besiegen, diese Patientin wieder auf eigene Füße zu stellen, dann dürfte es wohl genügen, ihr das Existenzminimum einzuräumen. Damit ist der krankhaften Grundlage genügend Rechnung getragen; denn keinem Gesunden ist dieses Existenzminimum garantiert. Die fahnenflüchtigen Elemente des gesellschaftlichen Organismus gehören in die Versorgungsanstalt, als die billigste Verpflegsmöglichkeit.

IX. Forensisches.

Für das Zivilgericht hat die Hysterie kaum eine Bedeutung. Die „nervösen Anfälle" und die „Nervenkrisen" gehen immer rasch vorüber und lassen eine Entmündigung ebensowenig in Frage kommen wie der Dauerzustand des hysterischen Charakters, der nicht als Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes vertreten werden kann. Die Hysterischen verstehen übrigens viel besser als Schwachsinnige ihre persönlichen Interessen zu wahren, bedürfen für ihre Person keiner Fürsorge. Die menschliche Gesellschaft nimmt sie als Charaktere, wie so viele andere Psychopathen und anerkennt ihre Privatrechte, ihre Schenkungsakte, ihre Testamente. Sollten sie durch ihr Gebaren das Vermögen der Familie in Gefahr bringen, dann scheint es besser, sie wegen Verschwendung als wegen „Wahnsinn" unter Kuratel zu setzen. Letzteres könnte nur zu fruchtlosen und dornigen Disputationen führen, worin denn eigentlich die behauptete Geisteskrankheit bestehe, die generell und in naturwissenschaftlichem Sinne ja nachzuweisen ist, kaum aber in concreto bei den kommissionellen Verhandlungen. Die Kranken nehmen sich da zusammen, machen den „vernünftigsten" Eindruck; sie wissen mit rabulistischer Logik alles Belastende harmlos zu wenden, sich als die besten und edelsten Menschen zu schildern; gerne drehen sie sogar den Spieß um, setzen ihre Gegner so herab, daß aus dem Beschwerdeführer ein Angeklagter wird.

Zu Eheirrungen und Ehescheidungen dürften die Hysterischen ein größeres Kontingent stellen. Während ihr Charakter mit all seinen unliebenswürdigen Seiten gerne an dem Partner sich auslebt, kommt das dissoziale Verhalten, ihr Egoismus bei ganz freier Bewegungsmöglichkeit nicht so zur Geltung; dem Fremden gegenüber sind sie oft die Liebenswürdigkeit selbst. Treten sie in einem Ehescheidungsprozesse öffentlich auf, dann zeigen sie sich wieder als die vollendetsten Schauspielerinnen, geben sich in der Rolle der vernachlässigten, unverstandenen Frau so überzeugend, daß sie das Publikum blenden, jedenfalls ein ihnen günstiges Urteil herbeiführen; mindestens bringen sie die Lacher und einen großen Teil der Öffentlichkeit auf ihre Seite.

Selten werden zivilgerichtliche Ansprüche erhoben von Hysterischen auf Grund von Pseudologie, Autosuggestion. So hört ein Patient Viberts von einem Eisenbahnunfall, meint er war dabei, glaubt sich schwer ver-

letzt und verlangt Entschädigung; er spuckt Blut aus, behauptet von einem Fiaker niedergestoßen worden zu sein. Es können Schwangerschaft, sogar Entbindung vorgetäuscht (Pailhas) und hieraus Forderungen abgeleitet werden.

Regelmäßig stellen Ersatzansprüche die Fälle traumatischer Hysterie. Eine sehr berechtigte Forderung, neuestens auch von Kraepelin vertreten, geht dahin, die Patienten sofort kapitalisch abzufertigen, sowie der Ausbruch unzweifelhafter Krankheitserscheinungen an einen Unfall respektive an einen Nervenshock unmittelbar anschließt. Doch wäre die Höhe dieser einmaligen Abfindungssumme entsprechend zu restringieren; einmal mit Rücksicht darauf, daß gesunde Individuen auf ein nicht außerordentliches Trauma keineswegs mit traumatischer Hysterie antworten, daß es sich meist nur um die Reaktion einer schon vorher pathologischen respektive minderwertigen Persönlichkeit handelt; zweitens mit Rücksicht auf die weitaus günstigere Prognose des Leidens bei Fortfall der geradezu krankheitsstimulierenden Rentenprozesse. Es scheint damit eine für alle Beteiligten günstigere Lösung der bis nun so kontroversen Fragen angebahnt.

Von außerordentlicher Bedeutung ist die Hysterie für das Forum criminale. Die Rechthaberei dieser Patienten, ihre Pseudologien und Gedächtnisfälschungen verursachen den Behörden viele Mühe; ein ziemlicher Prozentsatz von Hysterischen vergeht sich gegen das Strafgesetz und bereitet Schwierigkeiten bei der Remedur, indem eine ausbrechende Psychose den Strafvollzug unmöglich machen kann.

Wenn die Hysterischen als Zeugen vor Gericht stehen, deponieren sie durchaus unzuverlässig; die Ereignisse drehen und wenden sich in ihrer Darstellung, wie es gerade ihrem Zwecke und den herrschenden Vorstellungen entspricht. Das ist um so schlimmer, da die Kranken vollkommen geordnet auftreten, plastisch schildern. Sie sind als Zeugen nicht einmal dann zu verwenden, wenn die eigene Person außer Spiel bleibt; denn sie treten auch äußeren Vorgängen mit Sympathien oder Antipathien entgegen, welche ihre Wahrnehmungen fälschen, sie werden durch die Fragen des Untersuchungsrichters suggestiv beeinflußt — und schwören einen Meineid.

Das gefährlichste aber sind falsche verbrecherische Anklagen, Denunziationen. Es liegen historische Beispiele vor, daß Menschen ums Leben gekommen sind, indem die Patienten Dinge zu Protokoll gaben, welche in allen Details glaubwürdig, durch ihre Einzelheiten überzeugend, den Angeklagten außerstande setzten, einen strikten Gegenbeweis zu erbringen. Dergleichen geschieht in der Nachwirkung eines Delirs oder in reiner Pseudologie; charakteristisch ist es, wenn die Ereignisse weit in die Vergangenheit zurückgelegt werden; übrigens knüpfen die Kranken oft an einen nachweisbaren Anlaß, eine sensationelle Blättermeldung, welche

sie gewissermaßen suggestiv überwältigt. Die Hysterie fabuliert dann in raffinierter und formell gewandter Weise, unterstützt ihr Lügengewebe durch Selbstverstümmelungen.

In den letzten Jahren sind wiederholt Ritualmordanzeigen durch die Zeitungen gegangen; die Personen hatten sich selbst vorher irgendeine kleine Epidermisverletzung beigebracht. Das zähe Festhalten an der Behauptung, auch der Behörde und den Ärzten gegenüber, die handgreiflichen Widersprüche in den Aussagen, zum Überfluß der gerichtsordnungsmäßig erbrachte Nachweis, daß diesen Erzählungen jede Grundlage fehlt, gestatten hier auf Distanz die Diagnose Hysterie.

Mit besonderer Vorliebe ist der Inhalt solcher aufsehenerregender Anzeigen aber ein sexueller. Die hysterischen Patientinnen sind Spezialistinnen im Erleiden von Notzuchtsattentaten, eventuell mit räuberischem Überfall verbunden. Zum Teil handelt es sich um Autosuggestionen, eine pathologische Äußerungsweise des Erotismus dieser Kranken; anderemale aber stehen diese durchaus über dem Symptom, das seinen besonderen Zweck erhält. Mit vollem Rechte warnt man namentlich Ärzte davor, mit einer Hysterica unter vier Augen zu verkehren; es sei hinzugefügt, mit einer Person, die sie nicht näher kennen. Man kann es erleben, daß Hysterische mit der Anzeige eines unsittlichen Attentates drohen und dadurch den Betreffenden wehr- und widerstandslos machen. Seiner Verteidigung, soweit sie sich auf einfache Negation beschränkt, wird man nicht glauben, der allgemeinen Überzeugung nach spricht die Wahrscheinlichkeit gegen ihn; die Klägerin sagt unter Eid aus, und diesem kann er keine Zeugen gegenüberstellen. An der Klinik sah ich drei Patientinnen, welche mit erdichteten Notzuchtsattentaten die Behörden behelligten, dabei bezeichnenderweise von den Eltern wärmstens unterstützt wurden. Es sind Fälle in der Literatur, wo sich Hysterische selbst mit Stricken binden, auf den Boden legen oder gar knebeln, um ihrer Aussage mehr Glauben zu verschaffen (Pick, Vibert).

Die Möglichkeiten lassen sich gar nicht erschöpfen. Das Krankhafte wird um so deutlicher, je mehr die Hysterischen bei diesen romanhaften Erfindungen das eigene Ich schädigen und gefährden. Es werden auch fingierte Selbstanzeigen erstattet. Anderemale arbeitet die hysterische Phantasie ganz im Dienste bewußter Vorstellungskreise, z. B. der Rache gegen eine bestimmte Person. Rouby teilt einen Fall mit, wo die Patientin in rücksichtsloser Konsequenz eine Familie zugrunde zu richten beabsichtigte.

Die Tochter eines Trinkers, bis zur Pubertät gesund, von da an seltene Hysteria gravis-Anfälle, neben ausgeprägt hysterischem Charakter häufige Schlafanfälle. Sie knüpft ein Liebesverhältnis an, verführt ihren Liebhaber, verfällt beim Koitus in einen Schlafanfall, was den Mann so erschreckt, daß er sich zurückzieht und eine andere heiratet. Wütend darüber macht sie

mit ihrer Mutter ein Komplott, den Liebhaber zu vernichten. Sie schneidet Weinreben ab, denunziert jenen Mann und seinen Bruder als Täter, behauptet Augenzeugin des Krimens gewesen zu sein. Sie beschwört ihre Aussage und setzt Verurteilung durch. Die ganze Familie jenes Mannes wird durch sie verleumdet und schlecht gemacht. Ein Jahr später kommt die Kranke verwundet daher gerannt, denunziert den Onkel ihres Geliebten des Mordversuches an ihr, angeblich aus Rache, setzt auch dessen Verurteilung durch. Dann spielt sie genau dieselbe Komödie gegen einen anderen Onkel, der glücklicherweise ein Alibi erbringen kann.

Für kurze Zeit wechselt nun ihre Hysterie die Form. Ihre Mutter alarmiert das Dorf und führt die Leute zum Bette der Person, die mit einem Kranz um ihr Haupt daliegt, den ein Engel des Nachts gebracht haben sollte nebst einer Rolle, auf welcher stand: Corona martyri. Die Geistlichkeit stellte sich auf ihre Seite. Man opferte reichlich dem Mirakel. Mutter und Tochter zogen dann im Lande umher, teils als Heilige, teils als Hetären.

Dann kam die Patientin auf ihren früheren Ideenkreis zurück. Sie legte Feuer an ihr Haus, schnitt in einem Stall einer Kuh die Euter ab, denunzierte abermals ihren Liebhaber, diesmal aber ging es ihr schlecht. Sie mußte flüchten, wurde eines Tages bei Diebstahl betreten und verurteilt; schließlich wegen Giftmord lebenslänglich eingekerkert.

Auf die Anklagebank gerät nur ein Bruchteil aller Hysterischen, trotzdem die Hysterie, wie schon gesagt, im Grunde ihres Wesens eine dissoziale Erkrankung bedeutet. Es gibt Hysterische, die freilich zunächst aus Rücksichten auf sich selbst ein so hohes ethisches Niveau einhalten, daß sie nie kriminell werden; den apathischen und insuffizienten Formen fehlt die Initiative verbrecherischen Tuns; das Strafgesetz übertreten vorwiegend die moralisch defekten, die mit krankhaften Impulsen behafteten Hysterischen. Da überdies die weiblichen Degenerierten ein Äquivalent in der Prostitution finden, das vorwiegend verbrecherische männliche Geschlecht aber viel weniger zu Hysterie neigt, ist die Zahl der hysterischen Kriminellen begrenzt. Eine Statistik von seiten der Hysterischen zu geben, ist sehr schwer, weil man wenig abgeschlossene Biographien überblickt; die eigenen Fälle stehen teilweise in so jugendlichem Alter, daß die Kriminalität noch kaum begonnen haben kann. **Moravcsik** verzeichnet unter seinen Hysterischen 19 Prozent Kriminelle. Besser ersieht man die Bedeutung der Hysterie für das Strafrecht, wenn man das Verhältnis der hysterischen Verbrecher zu den übrigen ansieht. **Schultze** fand unter 32 in die Irrenanstalt eingelieferten Militärgefangenen 7 Hysterische, **Köppen** unter den von 1891—1901 in der Irrenabteilung der königlichen Charité beobachteten 381 gerichtlichen Fällen 18 Hysterische = 4·7 Prozent. Natürlich ist diese Zahl zu klein, denn zahlreiche Hysterische werden glatt verurteilt, ohne daß Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit auftauchen; andere werden als offenkundig geistesgestört unmittelbar der Irrenanstalt zugewiesen.

Die Art, in welcher die Patienten gegen die soziale Ordnung sich vergehen, ist eine verschiedene. Ihr Übermaß von Affekten, ihre Reiz-

barkeit, ihre Eifersüchtelei führt zu Aggression gegen die Umgebung, die sich zunächst nur in wörtlicher, dann aber in tätlicher Ehrenbeleidigung äußert; doch greifen sie auch zum Vitriol. Sie rächen sich für vermeintlich erlittene Unbill durch rücksichtslose Verleumdung, Irreführung der Behörden, durch boshafte Sachbeschädigung; sie intriguieren, schicken anonyme Schmähbriefe, beschwören Skandalprozesse herauf, in denen sie sich etwa als Zeugen vernehmen lassen. Ihre Verstellungsfähigkeit begabt sie zur Ausführung von Betrügereien; ihre Beweglichkeit zu Eigentumsdelikten. Unter den Gelegenheits- und Ladendiebinnen befindet sich eine ziemliche Anzahl hysterisch veranlagter Frauen. Eine man möchte sagen hysterische Spezialität sind Verbrechen zu wohltätigem Zwecke, aus religiösen Motiven: Betrug, Urkundenfälschung im Dienste der Philanthropie, raffinierte, durch lange Zeit fortgesetzte Diebstähle, wobei das ganze gewonnene Geld ehrlich in einen Altarschmuck umgesetzt, einer Madonna gestiftet wird. Andere Hysterische spielen die Rolle von Hochstaplerinnen, von ihrer Pseudologie wirksam unterstützt; sie führen ein abenteuerndes Leben, heiraten mehrere Männer gleichzeitig, helfen sich durch konvulsive Anfälle über einen peinlichen Anklang aus der Vergangenheit. Doch können Hysterische auch Kapitalverbrechen begehen: Brandstiftungen, räuberische Überfälle, Vergiftungsversuche. Totschlag seitens dieser Kranken ist selten, eher gehen die Hysterischen hinterrücks auf ihre Feinde los, mit Gift, oder sie töten kleine Kinder, die keine Gegenwehr leisten können. In der Literatur wird über eine Anzahl hysterischer Kindesmörderinnen berichtet: der sprechendste Beleg für die Warnung hysterisch veranlagte junge Mädchen aus therapeutischen Gründen zu verheiraten. Beispielsweise seien zwei Fälle Hospitals zitiert:

I. Schwer belastete, von Kindheit auf exzentrische Person. Am Hochzeitstage begeht sie allerlei Streiche, verlangt einen andern zu ehelichen, zerreißt ihre Kleider. Obzwar sie ihren Mann haßt, ist sie höchst eifersüchtig, äußert wiederholt homizide Drohungen. Eines Abends ertränkt sie ihre drei Kinder, legt sich dann ruhig schlafen, läuft am nächsten Morgen zu den Behörden, um nach dem Verbleib der Kinder zu fragen, reist in die Heimat, behauptet lachend, sie habe keinen Mann und keine Kinder, wolle jetzt einen andern heiraten. Amnesie für die Straftat.

II. Tochter eines Alkoholikers erstickt eines ihrer Kinder, indem sie den Arm auf dessen Hals preßt. Auch sie behauptet hinterher, von der Tat nichts zu wissen.

Im Jahre 1903 hat sich in Wien ein Fall dieser Art zugetragen, der beträchtliches Aufsehen hervorrief.

Eine nach außenhin in glücklichster Ehe lebende Frau tötete ihr jüngstes, viertes Mädchen durch einen Revolverschuß in die Schläfe; natürlich im hysterischen Dämmerzustande, d. h. die Patientin gab Erinnerungslosigkeit an. Es ist wohl wahrscheinlich, daß die Tatsache keinen Sohn zu bekommen, die schwer hysterische Frau zum Morde geführt hat; Leitgedanke war, den letzten und schwersten Stein des Anstoßes aus dem Wege zu räumen.

Cramer erzählt von einer Hysterica, die eigentlich grundlos ein fremdes, einjähriges Kind erstickte, indem sie demselben Gras in den Mund stopfte; Wollenberg von einer Frau, die sich mit ihren zwei Kindern zu ertränken versuchte, nur ein Knabe kam dabei um. Die Drohung hysterischer Mütter, mit ihren Kindern ins Wasser zu springen, ist eine ganz regelmäßige (vgl. Beobachtung XXVI u. a.). Tatsächlich führen pathologische Affekte die Patientinnen zu solchen Demonstrationen, die nur glücklicherweise meist gut ausgehen; so stürzte sich eine Mutter mit dem Sprößling am Arme vor die elektrische Straßenbahn — nach dem Buchstaben des Gesetzes ein Mordversuch am Kinde; mit Rücksicht auf die Örtlichkeit, eine belebte Hauptstraße, wohl nicht so gefährlich und auch nicht so gemeint.

Im Arch. de neurol. (1893, 26, 95) wird von einer Hysterica berichtet, die einen Totschlag mittels Revolvers sogar an einem Erwachsenen ausführte. Männliche Hysteriker sind manchmal ganz brutale Mörder. So wirft ein Kasus Tambronis nach einem kleinen Streite seinen Freund ins Wasser und gesteht später die Tat, die er anfangs zu leugnen versuchte. Auch ein Patient Osbornes verübt ein Mordattentat im hysterischen Dämmerzustande.

Zur Verantwortung gezogen, verhalten die Hysterischen sich verschieden. Nur wenige gestehen, beschönigen ihre Tat; womöglich wird der Spruch befolgt primum defensionis nega. Die Kranken sind außerordentlich geschickt, den Verdacht von sich ab, auf andere zu wälzen: sie denunzieren dabei Unschuldige ganz rücksichtslos. Andere wissen nichts von ihrer Tat, können sich nicht erinnern oder sie bieten offenkundig hysterische Symptome, Anfälle, wenn die Sache für sie ungünstig verläuft, eine Entscheidung gegen sie bevorsteht. Man sieht Kriminelle, welche vorher für gesund gegolten hatten und erst nach Entdeckung der strafbaren Handlung Zeichen von Hysterie erkennen lassen. Es kommt jetzt eben ein treibendes Motiv für den Krankheitswillen hinzu; die Psychoneurose hat aber in dem Individuum geschlummert, wenn es auf die Gemütsbewegungen des Strafverfahrens mit hysterischem Irresein antwortet. So ein Kasus, wo postkriminell zum ersten Male eine Geistesstörung ausbricht, ist

Beobachtung LIII.

Marie S., 26 Jahre alt, katholisch, Geschäftsdienersgattin, wurde im Oktober 1902 wegen Mißhandlung ihres unehelichen Kindes bezirksgerichtlich zu 8 Tagen Arrest verurteilt.

Am 14. Dezember starb eines ihrer ehelichen Kinder; da sich an demselben Verletzungen zeigten, wurde die gerichtliche Obduktion beantragt, der Gatte dem Landesgerichte eingeliefert. Es war gerade die Zeit, wo von der Staatsanwaltschaft die Propaganda gegen Kindermißhandlungen in so schneidiger Weise eröffnet worden war. Die Frau, gegen welche das Verfahren auf freiem Fuße geführt wurde, fiel sofort durch ihr deprimiertes

Wesen auf. Nach wiederholten Verhören, brach am 17. Dezember abends in ihrer Wohnung Feuer aus, dadurch verursacht, daß die Person, weil sie sich fürchtete, eine Kerze anbrannte und sie auf einen Korb stellte, der später in Brand geriet. Dem Polizeiarzte fällt auf, daß die Frau sich schwer erinnert und viel weint.

Bei der Ankunft an der Klinik zeigt Patientin depressive Verstimmung, leichte Angst; sie ist zeitlich orientiert, örtlich nicht. Der Gedankengang ist schwerfällig, wickelt sich über hunderterlei belanglose Details nur mühsam ab, ohne daß die Kranke jedoch den Faden verlieren würde. Sie ist nicht imstande, auf Zwischenfragen zu antworten oder von einem gegebenen Zeitpunkt an weiter zu erzählen; man muß sie aussprechen lassen. Patientin berichtet außerdem über Sinnestäuschungen. In einer Nacht, als ihr Mann schon von der Polizei abgeführt war, hörte sie — zirka 1 Uhr in vollkommen wachem Zustande — einen schweren Wagen heranpoltern, der immer langsamer fuhr und vor dem Hause stehen blieb, worüber sie große Angst empfand. Dann rief jemand unten: „Jesus, Maria, Josef!"; eine andere Männerstimme sagte darauf: „Na, na, na." Ersteres war die Stimme ihres Gatten. Sie hörte ihn dann noch durch einige Stunden unten sprechen, husten und glaubte, daß er ihr durch die Freiwillige Rettungsgesellschaft zurückgebracht worden sei; doch machte sie keinen Versuch, sich davon zu überzeugen. — Diffuse allgemeine Druckempfindlichkeit.

19. Dezember. Patientin erklärt, auch hier große Angst zu haben; sie weiß nicht, was mit ihr geschehen werde, spricht immer in derselben, außerordentlich schleppenden, umständlichen Weise.

20. Dezember. Nachmittags ängstlich, erregt, behauptet die Stimme ihrer Schwester hinter der Türe zu hören.

22. Dezember. Nachts schlaflos. Weint bei der Visite.

24. Dezember. Behauptet allnächtlich an der Zimmeruhr ihren Gemahl zu sehen. Deutet den schwarzen Fleck im Mittelpunkte der Uhr als den Mann, den Zeiger als Regenschirm, außerdem sehe sie ihre „Mietzl". Eine alte Zimmergenossin erklärt sie für ihre Mutter. „Das lasse ich mir nicht nehmen."

26. Dezember. Patientin andauernd depressiver Stimmung, ersucht um ein Mittel, daß ihr das Blut wieder vom Kopfe herabsteige.

28. Dezember. Der Gatte wird aus der Haft entlassen, die Untersuchung mangels eines Tatbestandes eingestellt. Patientin wesentlich freier, zweifelt an der Realität ihrer Sinnestäuschungen, empfängt mit großer Freude den Mann, der sie heute besucht. Wird am

31. Dezember von der psychischen Störung geheilt entlassen.

Eine gewiß etwas schwachsinnige Person, welche bereits einmal wegen Kindermißhandlung verurteilt worden ist und bei der jetzt herrschenden Tendenz einer größeren Strafe entgegensieht. Nach den ersten Verhören beim Landesgericht bricht akut ein Hemmungszustand mit Halluzinationen herein, der den gewissen unaufrichtigen Zug und das atypische der hysterischen Psychose an sich trägt. Patientin hört des Nachts die Stimme ihres Mannes, der ihr zurückgebracht wird. Es sind also ihre Ideenkreise, die laut werden. Sie sieht den Gatten am hellichten Tage in der Uhr, als sie der Arzt darum frägt; fällt aber sonst nur durch außergewöhnliche Schwerfälligkeit auf, die eine höhergradige Demenz vortäuschen würde. Der Zustand verschwindet, als ihr Mann entlassen wird und sie durch ihren Aufenthalt am Beobachtungszimmer genügend immunisiert ist.

Diese Form hysterischer Psychosen geht fließend aus bewußter Simulation hervor. Wie einen kriminellen hysterischen Stupor und Dämmerzustand, so gibt es auch eine hysterische Simulation, wie im Kapitel VI bereits berührt wurde. Eine Differenzierung von der symptomatologischen Seite her ist nicht wohl möglich, eigentlich auch nicht notwendig; Individuen, die erst nach der Straftat abnorm psychische Zustände offenbaren, sind auf Grund dieser nicht zu exkulpieren. Man sieht nicht wenig Psychopathen, die während der gerichtlichen Voruntersuchung mit Selbstmorddrohungen um sich werfen, Uferpromenaden lieben oder gar oberflächliche Hautschnitte sich beibringen, ihre Verstimmung und ihre Affekte maßlos übertreiben, eventuell Sinnestäuschungen dazu lügen. Bei Hysterischen ist dergleichen quasi die normale Reaktion; die Gemütsbewegung veranlaßt gehäufte Krampfanfälle, aus der Depression wird eine Art Melancholie. Noch leichter kommt es zu hysterischen Geistesstörungen bei psychogen veranlagten Menschen in der Untersuchungshaft.

Auf das Trauma der Entdeckung folgt ein zweites. Der Inkulpat wird vom Verkehr mit der Außenwelt isoliert, er ist in öder Muße nur mit sich, mit dem ihm drohenden Schicksal beschäftigt. Hier muß das Irresein allerdings deutlicher werden, damit es für die Behandlung des Angeklagten entscheidend wird. Ein markierter Selbstmordversuch genügt nicht. Diese Geistesstörungen nehmen dann oft die weniger für das Individuum als für die Rechtspflege und die Allgemeinheit ungünstige Wendung, daß das Verfahren verschleppt wird. Hören die gerichtlichen Verhandlungen auf, so verschwindet natürlich die Hysterie, sie ist nicht mehr notwendig. Das Verfahren wird aufgenommen, die Hysterie ist wieder da und macht sowohl die Verhandlung, wie nach der geltenden Auffassung die Strafverbüßung unmöglich, eventuell muß sogar die Internierung in die Irrenanstalt durch längere Zeit erfolgen. Einen solchen Fall einer recht interessanten hysterischen Psychose, wo die Hysterie auch schon in die Straftat hineinspielt, also bei der Begutachtung selbst Schwierigkeiten machte, stellt dar

Beobachtung LIV.

Marie A., geboren 1864, katholisch, ledig, Dienstmädchen, kommt am 19. Oktober 1901 an die Klinik. (Dem gerichtsärztlichen Gutachten Prof. Fritsch und Dr. Probst sind die meisten anamnestischen Angaben entnommen.)

Die Behörde erfuhr, daß Marie A. in der Nacht vom 3. auf den 4. Juni 1901 heimlich geboren habe. Nach Aussage von Zeugen hatte sie ihre Schwangerschaft durch beständiges Tragen eines enggeschnürten Mieders zu verbergen gesucht; sie gab Kolleginnen, denen ihr geringer Leibesumfang am 4. Juni aufgefallen war, an, sie sei nicht schwanger gewesen, habe nicht geboren, sondern nur am 2. Juni menstruiert; davon rührten auch die an Rock und Hemd gefundenen Blutflecken. A. verrichtete wie gewöhnlich ihre Obliegenheiten, besuchte die Kirche, nährte sich wie sonst und arbeitete noch am 7. Juni im Walde. Als am selben Tage die Gerichts-

kommission erschien, fand sie die A. in der Wohnung auf der Ofenbank liegend, mit geschlossenen Augen, anscheinend leblos, nicht vernehmbar. In einer Ecke des Kastens fand sich in ein Wäschebündel eingewickelt eine weibliche Kindesleiche noch mit der Nabelschnur; dieselbe wies an beiden Halsseiten bläuliche Flecken auf. Die gerichtsärztliche Untersuchung ergab, daß das Kind lebensfähig war, lebend zur Welt kam und seinen Tod durch Erstickung gefunden.

Inkulpatin, die auf den Gemeindearzt, der sie seit 15 Jahren kennt, den Eindruck einer geistig nicht normalen Person gemacht hatte, gab beim bezirksgerichtlichen Verhöre am 10. Juni an, sie sei am 3. Juni von heftigen Unterleibsschmerzen befallen worden, habe um Mitternacht zur Hebamme nach Sch. sich begeben, diese aber nicht angetroffen. Am Wege zu einer Bekannten sei sie von der Geburt überrascht worden. Sie habe das Kind nach Hause getragen, zunächst ins Bett, dann in den Kasten gelegt. Wie lange sie bei der Geburt im Freien war, weiß sie nicht.

Im Herbste 1900 will sie zum ersten Male mit einem Manne intim verkehrt haben; im Oktober hatte sie die letzte menstruelle Blutung; sie dachte in den Wechsel zu kommen (!), zumal sie eine besondere Zunahme ihres Leibesumfanges und anderweitige Beschwerden außer Schwellung der Beine nicht beobachtete. Doch widersprechen sich diese Angaben fortwährend. Bald behauptet sie, sich ihres Zustandes nicht bewußt gewesen zu sein, dann erklärt sie wieder, sie habe aus ihm anderen gegenüber kein Hehl gemacht.

Beim Verhöre am 26. Juni fiel sie plötzlich vom Sessel, fing an, sich in Krämpfen zu winden. Am 4. Juli wieder vernommen, war sie apathisch, schwer besinnlich, klagte über andauernden Kopfschmerz und mangelnden Schlaf. Betreffs ihres Deliktes bemerkt sie, sie habe vielleicht während des Geburtsaktes durch ihre Nachhilfe ohne böse Absicht dem Kinde etwas getan und sei dann wohl bewußtlos gewesen, denn plötzlich war ihr sehr kalt und sie lag mit dem Kinde zwischen den Füßen am Boden. Die Nabelschnur müsse sie, ohne es zu wissen, abgerissen haben; am Heimweg sei dann die Nachgeburt abgegangen. Am Morgen habe sie das Kind im Kasten verborgen, da ihr leid war und sie es hie und da ansehen wollte.

Mutter der Patientin seit der Verheiratung geistig nicht normal, sprach oft Unsinn, besonders zur Zeit der Periode. Während einer ausgesprochenen Laktationspsychose kam sie mit der Inkulpatin in die Hoffnung. Diese selbst machte als Kind Scharlach durch, war im Lernen schwach; mit Eintritt der Menstruation begannen transitorische Störungen: sie redete irre, aß nichts, lief in den Wald. Aber auch außer der Zeit der Menses benahm sie sich auffällig, war bald sehr niedergeschlagen, wortkarg, sprach 2—3 Tage mit niemandem, band sich ein Tuch über Augen und Stirne, damit sie niemand anschauen solle. Um nicht in Gesellschaft anderer sein zu müssen, blieb sie im Winter tagelang mit dem Spinnrocken im Kuhstall. Wenn sie ihren „Rappel“ hatte, mußte man ihr ausweichen; jede Widerrede brachte sie in Wut, sie hätte sofort losgeschlagen. Sie war überhaupt boshaft; warf z. B. auf dem Acker eines Fremden den Pflug in einen Graben, hatte Freude daran, anderen zu schaden; mitunter ohne Grund ausgelassen lustig. Das letzte halbe Jahr bis zu ihrer Verhaftung war sie indeß unauffällig, arbeitete tadellos.

Ein gerichtsärztlicher Befund vom 25. Juni 1901 konstatiert subjektiv Klagen über Kopfschmerzen, scheuen, meist abwärts gerichteten Blick, schwerfälligen Gang, zeitweises Zittern der Hände. Patientin antwortet erst nach längerem Nachdenken, unvollkommen, seufzt tief auf. Sie weiß nur von

zehn Monaten, kann dieselben nicht aufzählen, gibt mühsam die Namen ihrer sechs Geschwister an. Zur Kenntnis ihres Deliktes will sie erst nach dem Erwachen aus dem Schlafe im Krankenhause gelangt sein. Während sie über hartnäckige Schlaflosigkeit klagt, versichern die Saalgenossinnen, daß A. gut schlafe; während sie Besuchern gegenüber tiefes Schweigen beobachtet, ist sie in Gesellschaft ihrer Kolleginnen lebhaft und gesprächig. Einmal benahm sie sich derart, als ob sie einen Fraisenanfall bekomme. Auf Äußerung einer Genossin: „Da werde ich gleich um den Aufseher schicken“ erklärte sie aber sofort: „Es ist schon wieder gut.“ Auf Grund des widerspruchsvollen Verhaltens der A. wurde dieselbe ins Wiener Landesgerichts-Inquisitenspital zur weiteren Beobachtung transferiert.

Hier erscheint Patientin in ihrem Benehmen sehr auffallend, kindisch scheu, hie und da auch ängstlich. Sie zittert dann am ganzen Körper, faltet die Hände, rutscht auf den Knien herum und ruft: „Ich bitt von Herzensgrund, ich bitt gar schön, ich bitt' alles nur nicht aufhenken, Kopf abhacken und alles, nur nicht aufhenken, ich bitt, ich bitt, Himmelsgericht, Jesus Maria und Josef steh mir bei, Herr verlaß mich nicht, nimmer fort von da, ich bitt, ich bitt, da bleiben, da bleiben, bitt schön.“ Inkulpatin ist schwer zu beruhigen, auch in Phasen von Beruhigung sind nur dürftige Auskünfte von ihr zu erlangen. Zuzeiten antwortet sie etwas williger, doch stets zögernd, wie nach längerem Nachsinnen und in defekter Form. Ihr Befinden bezeichnet sie als „nie gut“. Auf die Frage, was ihr eigentlich fehle, spricht sie von „lauter Beuteln und nicht liegen können“, der ganze Kopf tue ihr weh; es sei ihr bald kalt, bald warm, sie habe sich vor Schmerzen schon öfters niederlegen müssen; auch leide sie an Schwindel, da die ganze Hitze in den Kopf komme. Von einer ihrer Bäuerinnen habe sie Anfälle erwischt, die sie nicht näher beschreiben kann.

Auf die Frage, wann sie das erstemal mit einem Manne zu tun gehabt, bemerkt sie nach einer Pause, sie sei ohnehin verlobt mit dem Herrn Pfarrer von hier, weil sie ihn gern habe. Von wem das Kind? „Das ist schon gestorben.“ Wie heißt der Vater? „Ich weiß nicht . . . er war Häuslmann und ist bald danach gestorben.“ Sie will von der Schwangerschaft selbst nichts gewußt, das Schnüren des Leibes gewöhnlich mäßig vorgenommen haben. Nur wegen ihrer geschwollenen Füße, auf Anraten einer Freundin suchte sie Hilfe bei einer Hebamme, Schmerzen trieben sie auf den Weg; sie sei dann von der Geburt überrascht worden. Über den Vorgang dabei enthält sie sich jeder Aussage; sie schüttelt über Vorhalt ihrer Tat den Kopf, ohne ein Wort zu sprechen, versichert dann, sie habe das Kind behalten wollen und es „alleweil recht abgebusselt“. Eine Kränkung über den Tod desselben ist an ihr nicht wahrzunehmen.

Geringer Tremor der Zunge, sehr starker der Hände; die tiefen Reflexe an den oberen Extremitäten sind erhöht, die Kniereflexe stark gesteigert, Andeutung von Fußklonus. Beim Stehen mit geschlossenen Augen Schwanken. Der Puls konstant sehr frequent, 150. Im Gesichte zu Beginn der Untersuchung fleckige Rötung, die immer ausgebreiteter und schließlich diffus wird.

Im folgenden wechselndes Verhalten. Oft teilnahmslos, schweigsam; zeitweise weinend und betend; mitunter hilft sie beim Waschen aus und entwickelt großen Fleiß. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind normal, keine Anfälle.

1. Oktober. Am Beobachtungszimmer blickt Patientin starr vor sich hin, zeigt fatuöse Miene, spricht spontan nicht. Zeitlich erscheint sie im Groben orientiert, über den gegenwärtigen Aufenthaltsort ist sie völlig im

Unklaren, macht auch keinen Versuch, sich aufzuklären. Den Grund ihrer Einbringung weiß sie nicht.

2. Oktober. Tagsüber still; abends wird die Kranke unruhig; sie bleibt nicht zu Bette, geht händeringend im Zimmer herum, schreit unaufhörlich die eine Phrase: „Mein Vater ist im Zuchthaus.“ Betet dann durch einige Stunden laut; nachts schlaflos. Am

19. Oktober kommt die Kranke in der Irrenanstalt an. Auch hier erscheint sie apathisch, antwortet oft mit: „Ich weiß nicht.“ Es gelingt nachzuweisen, daß sie auch örtlich orientiert ist, sie sei jetzt in dem dritten Hause, seitdem man sie von ihrer Heimat weggeführt; sie charakterisiert die einzelnen Aufenthaltsorte. Durch viele Fragen läßt sich die (an der Klinik noch unbekannte) Tatsache eruieren, daß man sie angeklagt habe, sie hätte ihrem Kinde etwas gemacht. Sie sei auf dem Wege zu der Hebamme von Geburtswehen überrascht worden; war ganz allein auf freiem Felde, wurde bewußtlos und als sie wieder zu sich kam, sei das Kind tot gewesen. Sie habe dasselbe mit nach Hause getragen, sei schließlich an das Kreisgericht W. eingeliefert worden. All das sei „schon lange her“. Patientin meint, daß sie vielleicht krank sei, sie müsse zittern, wenn man sie unrecht anrede. Sie schlafe oft schlecht. Exploration auf Sinnestäuschungen negativ.

Hochgradigste Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit.

20. Oktober. Nahrungsaufnahme und Schlaf gut. Patientin will tagsüber stets aus dem Bette, ist zu sprachlichen Äußerungen wenig geneigt, antwortet meist: Ich weiß nicht, beginnt plötzlich zu weinen, hört ebenso schnell damit wieder auf. — Nachmittags heftiger Angstaffekt; die Kranke wiederholt unausgesetzt die Worte: „Wo bin ich, wo bin ich . . . . ?“

22. Oktober. Kein Ohren-, Nasen-, Würgreflex, allgemeine totale Analgesie, die auch der Behandlung mit faradischer Bürste und stärksten Strömen zunächst nicht weicht.

23. Oktober. Unempfindlich gegen Nadelstiche und Kneifen von Hautfalten, äußert jedoch Schmerz dem faradischen Pinsel gegenüber.

24. Oktober. Fühlt heute auch Nadelstiche an den gestern faradisierten Hautstellen schmerzhaft, nicht aber an anderen Körperpartien. — Psychisch dauert die Hemmung an.

Nachmittags behauptet Patientin auf der Weide zu sein und die Schafe zu hüten, widerstrebt jeder Korrektur. Sie wird nachdrücklich darauf hingewiesen, daß sie doch zu Bette liegt. Sie blickt aber starr vor sich, fixiert nicht, verbigeriert endlich: „Da ist's lustig etc. . . . . “

28. Oktober. Frägt unausgesetzt in ängstlichem Tone: „Wo sind wir denn?“ Behauptet vielerlei „Vieher“ bei Nacht zu sehen.

30. Oktober. Liegt zunächst ruhig da, frägt dann: „Wo bin ich heute?“ Spricht den Arzt mit Du an, hält ihn für einen Bischof. Später schreit sie durch einige Minuten: „Gehts nit fort . . . nichts . . . da gibt es nichts . . . . d. h. Patientin wandelt die unaufhörlich wiederholte Phrase im angedeuteten Sinne um, dabei erfolgen rhythmisch schlagende Bewegungen mit der rechten Hand. Augen geschlossen, das Gesicht wird langsam dunkelrot.

2. November. Seit gestern abends in der Zelle, ganz unzugänglich, läuft im Schutzkleid im Kreise herum, kreischt unausgesetzt mit kaum mehr verständlicher Stimme: „Den Staatsanwalt gehts gar nix an . . . . “ Totale Analgesie.

4. November. Ähnlicher Aufregungszustand. — Wiederholt in der Nacht den Satz: „Die Kaiserkrone geht es gar nichts an . . . . “

5. November. Früh unzugänglich; repetiert immer die zwei Worte: „Gras ist . . . . “ Sie beachtet Aufforderungen nicht. Es wird der faradische Pinsel zu Hilfe genommen, ohne daß Schmerzreaktion erfolgt trotz stärkster Ströme. Die Kranke läßt sich aber mit einiger Nachhilfe aus dem Bette bringen, scheint sich der Situation soweit bewußt, daß sie ihr Hemd richtet. Gesichtsausdruck frei; hartnäckiger Mutazismus. Füße zyanotisch und warm. — Tagsüber uriniert Patientin nicht, sie ißt und trinkt nicht, spuckt das in den Mund geschobene aus.

6. November. Zu Bett mit relativ freiem Gesichtsausdruck. Behauptet den Arzt nicht zu kennen. antwortet auf die weiteren Fragen: „Ich weiß nicht“ oder bleibt ganz stumm. Hautempfindlichkeit schon gegen mittelstarkes Kneifen; bei der faradischen Pinselung jammert die Kranke lebhaft, gibt auf einmal prompte und richtige Auskünfte über Alter, Geburtsjahr; sie weiß sich auch in einem Spitale; nur auf die Vergangenheit will sie nicht eingehen. — Linke Mamma und Ovarialgegend hyperästhetisch.

7. November. Starke Hemmung, Gesicht zyanotisch. Später Verbigeration.

8. November. Freier. Auf die Frage nach ihrem Alter nickt Patientin mit dem Kopfe, flüstert: „Jänner, Feber . . . . “ Im folgenden verkehrte Antworten oder ein: „Ich weiß nicht.“

9. November. Stark gehemmt, befolgt Aufforderungen sehr zögernd; benennt vorgehaltene Gegenstände nicht. wohl aber prompt und richtig, als der faradische Pinsel angesetzt wird.

10. November. Da die Nahrungsverweigerung andauert, wird Patientin künstlich genährt. Sie sträubt sich anfangs wenig, ruft nur immer: „Ich bitt, ich bitt schön.“ Sie wird dann aufgefordert, das Bett zu verlassen, was sie nur sehr widerwillig tut; als sie sieht, daß man sie anziehen will, wehrt sie sich verzweifelt. Sie wird überwältigt, ruft dabei immer: „Nicht abholen . . .“ Sowie man sie ausläßt, reißt sie mit außerordentlicher Geschicklichkeit und Überlegung das Schutzkleid von rückwärts auf. Sie erhält ein neues nnd Handschuhe; beißt dieselben dreimal hintereinander auf. Die Kranke erweist sich als sehr gut orientiert, spricht den Arzt mit seinem Titel an. Nach kurzer Zeit gibt sie der Wärterin das Versprechen, ihr Kleid anzubehalten, wenn man ihr die Handschuhe abnehme. Hierauf sogar Nahrungsaufnahme. Schlaf sehr gut.

14. November. Patientin ist unerschöpflich in der Anwendung immer neuer Finten, wenn man sie von einer ihrer Eigenheiten abbringen will. Es ist kaum durchzusetzen, daß sie außer Bette bleibt.

15. November. Wiederholt heute endlos die Phrase: „Ich habe die Doktores beleidigt . . . .

16. November. Sitzt oder geht mit langsamen Schritten, gesenkten Hauptes. Der fast maskenartig starre Gesichtsausdruck wird nur durch zeitweise Lippenbewegungen unterbrochen.

22. November. Mit größter Mühe gelingt es, unter Zuhilfenahme einiger faradischer Pinselungen und Androhung einer Wiederholung derselben, die Kranke von der Tobabteilung auf eine bessere und ruhigere zu bringen.

30. Dezember. Im wesentlichen unverändert. Patientin bewegt sich in schwerfälliger Weise oder liegt herum; ist analgetisch. Die Wangen zeigen gewöhnlich blaurote Flecken, auch die Hände sind meist schweißig, kühl und blaurot verfärbt. Mit weit aufgerissenen Augen blickt sie halb lächelnd vor sich hin. Die Schwester die zu Besuch kommt, erkennt sie nicht; auch auf dringende Fragen erwidert sie nur mit flüsternder Stimme, ganz unpassend

das Wörtchen „Ja“; anderemale ist eine weitgehende Orientierung nachzuweisen. Sie muß am heutigen Tage gegen Revers entlassen werden.

Das Meritorische des Falles hat größte Ähnlichkeit mit dem einer hysterischen Kindesmörderin, über die Cullere berichtet.

Marie A. verheimlicht mit großem Raffinement ihre Schwangerschaft, sie ist weder vor, noch nach der Geburt erkennbar psychisch gestört, arbeitet wie sonst. Erst als die Gerichtskommission erscheint, liegt sie im Stupor da. Drei Tage später gibt sie im ersten Verhör zusammenhängend Auskunft, stellt alles ganz harmlos dar, lügt sich so gut heraus als eine Person ihrer Intelligenz nur vermag. Doch kommt schon jetzt das subjektive Krankheitsgefühl. 6 Tage später stürzt sie vor dem Richter im hysterischen Anfall zusammen. Ihre Angaben wechseln fortwährend; konsequent ist Patientin nur darin, daß sie von ihrem Verbrechen nichts wissen will, trotzdem sie eine Menge von Details verrät.

Bei der ersten gerichtärztlichen Untersuchung erweckt sie den Eindruck einer Simulantin; im Wiener Inquisitenspital tritt die Psychose mehr hervor; doch erhält man neben scheinbar verwirrten Reden eine zusammenhängende Darstellung ihrer Unschuld. An der Klinik wechseln verschiedengradige Blödsinnszustände. Die Patientin weiß indes ganz gut, worum es sich handelt, nur über die Einstellung des Verfahrens scheint die bäuerliche Person nicht recht versichert; sie empfing wohl den Eindruck, als stehe sie noch immer unter Beobachtung. Die Äußerungen ihrer Krankheit beziehen sich deutlich genug auf das Krimen, das ihren Bewußtseinsinhalt beherrscht: „Staatsanwalt, nicht abholen! . . .“ Wenn der Verlauf leider auch nicht weiter verfolgt werden konnte, und der Dämmerzustand reichlich mit katatonen Einzelsymptomen durchsetzt ist, so scheint die richtige Wertung des Ganzen durch den psychologischen Aufbau wie durch die Beeinflußbarkeit, äußerlich auch durch das Vorhandensein von Stigmen gewährleistet. Patientin läßt sich durch den faradischen Pinsel nicht nur sensibel machen, sie gibt Auskunft, ist bei methodischem Vorgehen nach dem Willen des Arztes zu dirigieren. Es ist so recht hysterisch, wenn sie ihre Schwester nicht zu erkennen vermag, trotzdem sie die Personen der Umgebung genau unterscheidet. Möglicherweise hat die Vorbereitung zur Abreise ihren Zustand auch noch verschlechtert. Jedenfalls hat diese Hysterica ihre Krankheitsvorstellung mit dem Eigensinne Imbeziller aufrecht erhalten.

In foro wäre hier zuerst die Frage zu beantworten, in welcher Art Bewußtseinszustand die kriminelle Handlung unternommen worden ist. Inkulpatin leugnet, das lebende Kind erwürgt zu haben. Damit ist natürlich gar nichts anzufangen; es kann eine bewußte Lüge sein — primum defensionis nega. Die inkriminierte Handlung erscheint in ihren Motiven, vom Standpunkte des Täters aus zweckmäßig, und überlegt, hier speziell durch lange Zeit vorbereitet: erst wurde die Schwangerschaft verheimlicht, dann der lebende Beweis des Fehltrittes beseitigt; auch die immer durchblickende genaue Erinnerung an die Tatumstände spricht für ein ungestörtes Bewußtsein; während Anhaltspunkte für ein Irresein tempore criminis nicht auffindbar sind.

Allgemein stellt sich das Problem etwa folgendermaßen. Scheinbar luzide Individuen, die sich geordnet benehmen, werden kriminell, behaupten hinterher Amnesie, d. h. sie stellen die Straftat in Abrede. Wie soll man das auffassen? Ist eine schwere Hysterie nachweisbar, so mag trotz zahlreicher offenbarer Lügen die Amnesie echt sein, d. h. es kann eine transi-

torische Geistesstörung mit Sicherheit niemals ausgeschlossen werden, wenn sie im konkreten Falle auch überaus unwahrscheinlich wird. Aus ganz unverdächtigen Beobachtungen geht hervor, daß auf dem Boden des hysterischen Charakters, dieses grundlegenden Dauerzustandes Schwankungen in der Helle des Bewußtseins, Einengung, selbst Trübung desselben, namentlich im Affekt zustande kommen. Um hier vertreten zu können, daß eine scharf abgehobene Psychose gerade nur tempore criminis bestand, müßte die vorgegebene Amnesie über allen Zweifel sicherzustellen sein und das ist leider fast nie möglich. Oft sind die angeblichen Bewußtseinslücken von sehr kurzer Dauer, die Patienten verraten Detailkenntnisse, vielleicht aus der Zeit unmittelbar vorher oder nachher geschöpft, sie wälzen den Verdacht mit großem Geschick unter Berücksichtigung der Tatumstände auf andere. Noch schwieriger wird die Sache, wenn die Amnesien sich verschieben, wenn die Erinnerung kurz nach der Straftat noch vorhanden, erst im folgenden verschwindet. Diese Patienten geben das Verbrechen zu, das sie erst später abzuleugnen versuchen. Nachdem sie ein bewußtes Interesse daran haben müssen, sich aus der Affaire zu ziehen, ist es ärztlicherseits nicht gut zu entscheiden, welch hoher Grad von Bewußtsein hinter diesem „Nicht wissen“ sich verbirgt. Es bleibt beinahe nichts übrig, denn sich auf die Beurteilung der Person im ganzen als einer Hysterica zu beschränken.

Einzelnes ergibt allerdings auch die Analyse des Tatbestandes. Mangel an Geschicklichkeit und Umsicht bei Ausführung der kriminellen Handlung, scheinbar zwecklose Nebenakte, welche nur die Entdeckung des Verbrechers erleichtern, deuten auf Schwachsinn oder höhergradige Bewußtseinstrübung, eventuell auf Affekte hin. Vielleicht läßt sich auch kombinieren, ob die Tat lange vorbereitet, geplant, oder ob sie impulsiv begangen wurde, gewissermaßen suggeriert durch einen überwältigenden äußeren Eindruck. Je zweckloser, je weniger dem Ich förderlicher das Unternehmen einer Hysterica, um so mehr drängt sich auch dem Laien das pathologische Moment auf; allerdings sind selbst die unsinnigsten Handlungen immer aus den Vorstellungskreisen der Kranken heraus abzuleiten.

Menstruation, Gravidität zur kritischen Zeit läßt eine Bewußtseinsstörung für das Krimen begreiflicher erscheinen, desgleichen vorausgegangener Alkoholkonsum. Man hat zu berücksichtigen, daß die Kranken auf Alkohol sehr lebhaft reagieren; die Hysterie wird im Rausche kriminell durch das Freiwerden von Antrieben, ohne daß von einer Geistesstörung gesprochen werden kann (Leppmann). Ebenso ist aber auch möglich, daß ein pathologischer Rauschzustand, wenn nicht ein hysterisches Irresein durch den Alkohol ausgelöst wird.

Verbrechen können fast automatisch begangen werden während der präparoxysmellen Psychosen Die Kranken bieten Farbenwechsel, neben korrekten, ganz unverständliche, alberne, verkehrte Äußerungen, hinterher

partielle Amnesie; die totalen Gedächtnisausfälle werden wohl nur vorgegeben. Klärend wirkt der Krampf, das Auftreten ganz gleicher Störungen unmittelbar vor dem nächsten Anfall.

Ebenso schwankt die Helle des Bewußtseins postparoxysmell. Es wird Luzidität vorgetäuscht, während das Bewußtsein hochgradig eingeengt ist; hinterher können trotz zusammenhängender, korrekter Darstellung wirkliche Erlebnisse mit pathologisch modifizierten und delirierten zusammengeworfen werden; oder die Hysterica fabuliert ganz frei. Gewöhnlich findet man indessen auch hier Amnesie, welche den krankhaften Zustand zu bestätigen vermöchte, ohne daß der Schein erhaltener Erinnerung einen solchen tempore criminis ausschließen würde.

Während ihrer transitorischen Psychosen sind die Hysterischen moralisch nicht besser als im Intervall; insofern diese Geistesstörungen aus der Persönlichkeit herauswachsen, bleiben die antisozialen Neigungen der einzelnen Individuen bestehen. Sie treten eher rücksichtsloser hervor und führen zu Vagabundentum auf Kosten der anderen, zu Diebstahl, Brandstiftung, sexuellen Verirrungen. Die Straftaten entsprechen dabei der speziellen Gedankenrichtung, Versuchungen, welche bei den Kranken schon wiederholt aufgetreten waren, die nun aber beim Wegfall der Hemmungen in akute Impulse sich umsetzen.

Bei sinngemäßer Interpretation des Strafgesetzes genügt der Nachweis von konvulsiven Anfällen nicht, Zurechnungsfähigkeit auszuschließen; trotz zahlreicher Stigmen kann das hysterische Temperament obendrein nur wenig ausgesprochen sein. Man gewinnt fast immer den Eindruck, als ob die Individuen genügend Einsicht in das Verbotene ihrer Handlung hätten, und die meisten sind kriminell nicht in irgendeiner akuten Psychose, sondern im Dauerzustande; ihre Widerstandslosigkeit den auftauchenden Antrieben gegenüber führt unmittelbar zur Tat. Nur wenn der Nachweis einer schweren Bewußtseinsstörung tempore criminis zu erbringen, wäre man gezwungen, von Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes zu sprechen, unbeschadet der Konsequenzen. Es ist die metaphysische Frage der subjektiven Verschuldung vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus nicht zu beantworten, wohl aber lehrt die Erfahrung, daß bei Hysterischen mit der Strafe etwas auszurichten ist. Sie wirkt als Gegenmotiv.

Die Beurteilung des eben mitgeteilten Falles LIV in forensischer Beziehung wird dadurch wesentlich erleichtert, daß ein Strafvollzug nach den bestehenden Gesetzen unmöglich ist; eine ausgesprochen hysterische Geisteskrankheit macht diese Patientin strafunfähig. Sollte nach einiger Zeit, wie zu erwarten, Genesung eintreten, so wäre von einer an den Irrenanstaltsaufenthalt anschließenden Strafhaft bei dem hier fast unüberwindlichen hysterischen Eigensinn nicht viel zu erhoffen, vielmehr eine Wiedererkrankung nahegerückt. In diesem und allen analogen Fällen wäre der Schwachsinn so stark zu betonen, daß die Patientin exkulpiert werden könnte.

Etwas anders verhält es sich in der folgenden

Beobachtung LV.

Albine F., geboren 1860, katholisch, ledig, Wäscherin, wird am 23. September 1890 mit einem hysterisch deliranten, rasch vorübergehenden Zustande das erste Mal einer psychiatrischen Behandlung zugeführt.

Die überaus zahlreichen Krankengeschichten können wegen des Raumes, den sie beanspruchen würden, nicht wiedergegeben werden. Ganz ähnlich, wie Beobachtung LI kommt auch diese Patientin in kurzen Intervallen, häufig im Anschlusse an einen Alkoholkonsum, manchmal als unbekannte Frau oder gar unter falschem Namen mit transitorischen Psychosen, die Amnesie hinterlassen. Epileptoide Züge fehlen gänzlich; Verlogenheit drängt sich in den Vordergrund. Hier sollen nur die Internierungen skizziert werden, die mit kriminellen Fakten in Zusammenhang stehen.

8. Aufnahme am 1. August 1893 wegen Taedium vitae. Patientin behauptet, sie sei trübsinnig, gebe sich Schuld, durch ihr Betragen den Tod ihres Geliebten verursacht zu haben. Sie sah denselben auf dem Friedhofe, wiederholt auch in der Nacht, mit einem weißen Kleide angetan; er sprach zu ihr, forderte sie auf, sich umzubringen, damit sie wieder beisammen seien. Sie wolle wie er durch Selbstmord enden.

Von einer Frau, welche die Patientin lange kennt, erhält man eine etwas abweichende Darstellung. F. sei eine heuchlerische, dem Trunke seit langer Zeit ergebene Person. Am 28. Juli traf Deponentin sie zufällig auf der Straße. F. schilderte ihre Not, ihr Geliebter habe sich im Rausche am 4. Juni erhenkt, während sie gerade auf der Beobachtungsstation weilte . . . Aus Mitleid gab Referentin ihr Unterstand gegen das Versprechen der Möbel ihres Geliebten. Am 29. Juli erbettelte sich die Kranke von dem Direktor der Irrenanstalt 5 fl. Unterstützung; 3 fl. wurden in Form von Bier, Wein und Schnaps sofort vertrunken, was einen argen Rausch ergab. Am 1. August, als Deponentin vormittags die Wohnung verließ, stahl F. alle geeigneten Gegenstände und verschwand damit. Die Frau erstattete die Anzeige, erfuhr aber, daß die Diebin sich in der Anstalt befinde.

Die Patientin ist traurig verstimmt, weint zeitweilig; sie leugnet Abusus spirituosorum, ebenso entschieden den Diebstahl. Sie sei vormittags vom Hause weggegangen, herumgedämmert, nachmittags auf den Friedhof gewandert, um sich dort aufzuhängen. Erst auf dem Kommissariate kam sie zur Besinnung. Zeitlich mangelhaft orientiert.

9. August. Äußert andauernd Taedium vitae.

17. August. Der Appetit hat sich gebessert. Die Kranke versichert noch immer Angst zu haben. Sie höre ihren Geliebten rufen, sie sei schuld, daß er sich aufgehängt habe. Gestern in der Nacht habe sie ihn auch gesehen; er und sein Bruder wollten sie umbringen.

30. August. Verstimmung geschwunden. Nimmt regen Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung, beteiligt sich an Schlägereien zwischen den Kranken.

15. September. Ruhig, geordnet, klagt nur in Gegenwart des Arztes über diverse Beschwerden. Am

2. Oktober wird sie in die heimatliche Anstalt B. übersetzt.

21. Aufnahme: Am 3. Dezember 1898 abends wird Patientin in einer Straße kniend angetroffen. Bei der Anhaltung durch den Wachmann sehr erregt, dann gewalttätig. Sie schimpfte und schlug, zertrümmerte die Fenster der Wachstube und des Sanitätswagens, antwortete nicht; dann wurde sie etwas

ruhiger, deprimiert: mit gefalteten Händen bat sie, man möge sie umbringen; sie sei eine strafwürdige Person, sie könne sich öffentlich nicht zeigen, da die Leute sie beschimpfen und ihr allerlei Schlechtes nachsagen. Auf Zureden gibt sie ihr Nationale an, erzählt, daß sie oft auf dem Beobachtungszimmer, in den Irrenanstalten zu Wien und B. war. Nach wenig Minuten wieder erregte Stimmung; sie lärmt, während nichts weiteres aus ihr herauszubringen ist.

Bei der Ankunft an der Klinik: Mürrisch, abweisend, spricht nichts, setzt sich in einen Winkel, stützt den Kopf in die Hände.

4. Dezember. Etwas zugänglicher. Seit 14 Tagen sei sie ängstlich, schlafe schlecht, gestern früh 6 Uhr ging sie in die Kirche nach S., was weiter sich ereignete, wisse sie nicht; nur dunkel schwebt ihr vor, daß sie mittags zu Hause (Patientin ist wiederum als unterstandslos bezeichnet) aß und die Frau vor ihr Angst äußerte. Erst auf der Fahrt in die Anstalt kam sie zu sich. Sie bestätigt, daß die Leute auf der Straße sie verdächtig ansehen, vor ihr ausspuckten. Allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit.

8. Dezember. Freundlich zuvorkommend, beschäftigt sich.

31. Dezember. Das Landesgericht Wien teilt anher mit, daß gegen F. eine Untersuchung wegen Diebstahls läuft. Von diesem Augenblick an zeigt die Kranke ein verändertes Wesen. Sie weicht den Ärzten bei der Visite aus, äußert der Wärterin gegenüber, die Welt gehe zugrunde, sie werde bald sterben. Schlaf gut.

2. Februar 1899. Patientin entzieht sich beharrlich jeder Besprechung mit den Ärzten, versteckt sich zur Zeit der Visite. Wenn man sie einmal überrascht, läuft sie mit dem Ausdrucke des Unwillens davon. Den Wärterinnen erzählt sie, sie höre die Rüben sprechen, mit denen man sich wie mit Menschen unterhalten könne. Das Bestehen dieser Gehörstäuschungen wollte sie durch mehr als zwei Wochen glaubhaft erscheinen lassen. Weder vor dieser Zeit, noch während derselben wurden irgendwelche Anfälle konvulsiver Art, Bewußtseinspausen oder irgendwelche anfallsweise auftretende Bewußtseinsstörungen beobachtet. Bis auf obige Äußerungen zeigen sich keinerlei Erscheinungen psychischer Störung. Ihr Benehmen auf der Abteilung, ihre Verwendbarkeit bei den Arbeiten waren gleich geblieben. Sie betätigte die frühere Selbständigkeit, belehrte und wies neu eingetretene Wärterinnen in ihren Dienstesobliegenheiten zurecht. Selbst nebensächliche Vorgänge auf der großen Abteilung (über 70 Kranke) entgingen ihrer Aufmerksamkeit nicht. Sie bemerkte jeden Abgang von Patientinnen, machte spontan darauf aufmerksam, um wieviel weniger Straputzen für die Nacht zu richten seien. Nachdem der Patientin eröffnet worden war, daß sie wegen ihres Diebstahles dem Landesgerichte überstellt werde, sprach sie nicht mehr von den angeblichen Gehörstäuschungen. Sie war verstimmt, wollte einige Tage nicht recht essen; dann kamen Klagen, ihr Gehirn sei wackelig; sie band sich ein ungeheures Tuch um den Kopf, äußerte die Befürchtung, daß sie ins Arbeitshaus werde abgegeben werden.

22. März. Klagt die letzten Tage über Schwindel; verweigert die Nahrungsaufnahme. Zu Bett gebracht, lamentiert sie über allgemeine Schwäche, Gefühl von Übelkeit im Magen; gestern erbrach sie. Heute wird sie von der Wärterin betreten, wie sie durch Einführen des Fingers in den Rachen Erbrechen provoziert. Seither ißt sie wieder regelmäßig.

28. März. Als der Arzt ein eingehendes Examen versucht, sie durch Vorhalte in die Enge treibt, an gewissen Krankheitserscheinungen zweifelt,

springt sie plötzlich auf und schlägt systematisch, aber mit größter Schnelligkeit acht Fensterscheiben ein. Sie kann nicht blind losgeschlagen, sondern muß jede einzelne Scheibe zentral und im rechten Winkel getroffen haben, denn sie zeigt nur kleine Epidermisverletzungen an den Fingern. Patientin schreit wie ein Tier, gibt keine Auskunft. Zu den Wärterinnen äußert sie gleich darauf, der Arzt habe sie beleidigt, darum habe sie das Fenster zertrümmert.

8. April. Normales Verhalten. Wird unter heutigem dem Landesgerichte überstellt.

Nun folgt die längste Pause in den Anstaltsaufenthalten. Patientin bleibt fast $2^1/_2$ Jahre aus, während sie sonst alle Jahre zweimal kam und in der Zwischenzeit noch in B. interniert gewesen war. Sie kommt überhaupt nurmehr dreimal mit transitorischen Störungen.

Daß moralischer Defekt, und zwar derjenige, der nicht im Rahmen einer Psychose vorübergehend, sondern derjenige, der dauernd z. B. dem Gewohnheitsverbrecher eigen, und moderne Irrenanstalt sich durchaus nicht vertragen, ist schon von berufenerer Seite in der überzeugendsten Weise dargelegt worden. Will man einem Prinzip zuliebe die pathologische Organisation dem Krankenhause zuweisen, so muß dieses durchaus umgestaltet werden, und daß diese Rückkehr zu älteren Verpflegsformen weder für die Degenerierten noch für die Heilstätte und deren übrige Insassen von Vorteil, sei nur nebenbei bemerkt. Insofern es sich um Gemeinschädlinge handelt, hat der soziale Organismus das Recht der Notwehr; er bedarf der Irrenanstalt nicht, die in ihrer freieren Ausgestaltung ein immer ungenügenderes Werkzeug dafür wird, andererseits diesen Individuen das Gefühl der Immunität verleiht. Diese Defektorganisationen verhalten sich eben ganz anders als die Geisteskranken engeren Sinnes. Alle Fortschritte der Humanität werden nur ihrem Egoismus dienstbar gemacht und bestärken sie in ihren gesellschaftsfeindlichen Neigungen. Wie oft hört man nicht von einem solchen Degenerierten: „Ich bin geisteskrank, mir kann nichts geschehen“ und mit kühler Überlegung setzt er sich über das Strafgesetz hinweg, das er ausgezeichnet kennt, während das Bewußtsein der zu erwartenden Strafe als eines Übels ein verbrecherisches Beginnen hemmen könnte. Die Versorgung in der modernen Irrenanstalt mit allen Benefizien, die sie sich zu erzwingen wissen, schreckt solche Individuen nicht ab. In augenblicklicher Notlage ist diese sorgenfreie Existenz gewissermaßen als Prämie auf die Begehung eines Verbrechens gesetzt. Es darf nicht wundern, daß unter diesen Umständen die antisozialen Richtungen ein gefährliches Übergewicht erhalten, zumal die in die Anstalt Internierten es jederzeit in der Hand haben, durch geeignetes Verhalten ihre Entlassung wieder durchzusetzen. Sie sind in jeder Hinsicht besser daran, als im Kriminal. Die Hysterica stiehlt. Wird sie nicht erwischt, so freut sie sich des leicht erworbenen Besitzes, genießt denselben auf ihre Weise, und sei es im Schnapsrausch. Will man sie aber zur Verantwortung ziehen, dann ist sie geisteskrank, unverantwortlich, disponiert

gleichzeitig aber selbst über ihre Zukunft. Die menschliche Gesellschaft darf sich diesen Leuten nicht mit gebundenen Händen ausliefern.

Nun zurück zu dem letzt angeführten Falle schwerer moralischer Depravation mit Hysterie. Patientin nutzt ihre Intoleranz gegen Alkohol als Spitalsschwester aus, sie bettelt und stiehlt; mit irgendeiner Arbeit vermag sie sich nie auszuweisen. Es wäre die Frage aufzuwerfen, ob man nicht das Recht zu einer dauernden Detention hat. Der Irrenanstalt bedarf es keinesfalls, das lehrt gerade dieser Kasus. Warum die Patientin so oft interniert wird, geht aus ihren eigenen Worten klar hervor; sie betrachtet es als ihr gutes Recht, jederzeit sowie es ihr beliebt, in einer Art Sanatorium reichlich verpflegt zu werden, gegen minimale Leistungen ihrerseits, die mehr einen Zeitvertreib darstellen. Sie zieht den Aufenthalt in Wien dem in B., ihrer Heimat, bei weitem vor. Es gefällt ihr dort so wenig, daß sie durchbrennt, direkt wieder nach Wien fährt, trotzdem sie hier gar nichts zu suchen hat. Sie hält sich gut, um der drohenden Transferierung nach B. lieber durch eine Entlassung zuvorzukommen, weil sie dann doch wieder Chancen für einige Monate Wien hat. Es ist wohl überlegt und begreiflich, daß Patientin aus der Wiener Anstalt einmal durchgeht, auch das ist die Flucht vor der bevorstehenden Heimbeförderung. Lokale und administrative Momente werfen ein eigenartiges Licht auf die 24 Wiener Krankengeschichten, während man sonst zu falschen Schlüssen gelangen könnte.

Unverkennbar günstig wirkt die viermonatliche Detention im Strafhause; dadurch ist auch hinterher die Entscheidung gerechtfertigt, welche die Person für den letzten Diebstahl als zurechnungsfähig erklärt. Eine Geistesstörung zur Zeit der Tat konnte nicht nachgewiesen werden; erst später führt ein psychotischer Zustand, während dessen die Kranke sich aber legitimierte, zur Aufnahme. In der Anstalt beginnt dann ein unzweifelhaft simuliertes Zustandsbild, sowie die F. von der eingeleiteten Untersuchung hört. Als sie damit nicht reussiert, versucht die Person durch schwere körperliche Leiden das Herz der Ärzte zu rühren. Genaue Überwachung entlarvt den Schwindel, die F. gibt nach; es fehlt ihr wohl auch der Alkohol, der eine wirkliche Bewußtseinstrübung bewirken könnte. Die scharf abgesetzten hysterischen Geistesstörungen stehen auf dem Boden einer dauernden ethischen Defektuosität, die keinen Grund zur Strafausschließung zu geben schien.

Insofern man durch eine Irrenanstaltsbehandlung, eine Verpflegung für längere Zeit, den Krankheitswillen der Hysterica sanktioniert, ihre Arbeitsscheu heiligt, ihre Unzurechnungsfähigkeit anerkennt, erheben sich prinzipielle Bedenken; es sprechen gegen ein solches Vorgehen auch Gründe der Anstaltsdisziplin. Jede solche Kranke, die psychologisch, d. h. nur mit Benefizien und Kostaufbesserung behandelt werden kann, bildet eine Infektionsquelle für andere haltlose Charaktere, welche die Vorteile dieser Art Geistesstörung sofort erfassen. Wie schon erwähnt, schließen sich die Hysterischen gerne aneinander, sie intriguieren, komplottieren und vermögen es in einer Mehrzahl um so leichter, ihre persönlichen Interessen auf Kosten der anderen Geisteskranken durchzusetzen, der Umgebung ihren Willen zu diktieren. Hysterische Verbrecher und Verbrecherinnen, Temperamente, die gemeingefährlich sind oder nach der

Artung ihrer Ideenkreise, nach ihren schweren moralischen Defekten jederzeit es erwarten lassen, müßten in den zu errichtenden Staatsanstalten für geisteskranke Verbrecher, eventuell in den Adnexen der Strafanstalten interniert bleiben wie alle gemeingefährlichen psychopathischen Minderwertigkeiten. Unter den gegebenen Möglichkeiten hat eine Verurteilung immer noch die besten Folgen; sowohl für die Hysterie als für den sozialen Organismus. Es ist Sentimentalität, wenn man davor zurückscheut, die hysterischen Degenerierten zu disziplinieren, jedes Strafübel abzuschaffen und die Verbrecher so gut zu halten, daß zahlreiche Existenzen im freien Leben schlechter daran sind. Man gefährdet dadurch die Allgemeinheit, denn alle Individuen mit mangelhaften Hemmungen werden geradezu zu Verbrechen gereizt, wenn sie dadurch ihre Situation nur verbessern können. Indem man also speziell die hysterischen Verbrecher für zurechnungsfähig erklärt, verwertet man ihre Suggestibilität nicht gegen, sondern für die Interessen der menschlichen Gesellschaft.

In der Praxis stößt man aber auf große Schwierigkeiten. Es gibt Hysterische, deren impulsives Handeln man versteht, im Stillen vielleicht billigt; Verbrecher, die Mitgefühl erregen, weil sie in hemmungslosem Affekt über gesetzliche Schranken hinausgegangen sind. Andere zwingen zur Anerkennung ihrer Krankheit. Was will man machen, wenn eine Patientin bei der Verhandlung in Krämpfen sich windet, auf jede belastende Zeugenaussage, jede ungünstige Wendung mit deliranten Aufregungszuständen antwortet? Schließlich sind die Hysterischen doch imstande, den üblichen Strafvollzug zu hindern, wenn sie über die Krankheitsmechanismen genügend verfügen. Man kann darum keine andere Regel geben als individualisieren; man studiert die Reaktionsweise der Persönlichkeit, berücksichtigt jedes einzelne Faktum. Es kommt vor, daß eine und dieselbe Hysterica für eine Handlung als nicht geisteskrank im Sinne des Gesetzes zu bezeichnen ist, während man sie von der Verantwortlichkeit für eine andere freispricht, in der Annahme, es sei diese Tat in einem pathologischen Bewußtseinszustande ausgeführt worden. Ein derartiges Gutachten birgt keinen inneren Widerspruch. Handelt es sich um Kleinigkeiten, um reparable Schäden, nicht um Kapitalverbrechen, so kann man die Patienten ganz gut der Fürsorge ihrer Angehörigen übergeben, wenn jemand da ist, der die Aufsicht und Verantwortung übernimmt. Bei jedem Krimen, also im Falle der Gemeingefährlichkeit, wären die Hysterischen genau so zu behandeln wie andere degenerierte Verbrecher. Zur Abgabe an die Irrenanstalt ist man unter den gegenwärtigen Verhältnissen gezwungen, wenn eine Psychose engeren Sinnes ausbricht oder tempore criminis nachgewiesen werden kann; doch ist diese Lösung in keiner Weise vorteilhaft. Keinesfalls ist die Ansicht zu vertreten, man könne eine Hysterica schon auf Grund ihrer Charakterabnormitäten oder gar ihrer körperlichen Stigmata dem Arme der Justiz entreißen.

X. Literatur.

Die Literatur über Hysterie, speziell über hysterische Geistesstörungen, ist eine unübersehbar große. In dem folgenden Verzeichnisse ist eine Auswahl insofern getroffen, als

1. nur die Literatur vom Jahre 1890 an berücksichtigt wird. Diese Publikationen enthalten immer wiederholt Hinweise auf die früheren;

2. sind nur Arbeiten erwähnt, welche sich mit der Psyche der Hysterischen beschäftigen; außerdem einzelne, welche einen direkten Bezug zum Texte des vorliegenden Buches haben;

3. sind nicht angeführt die allbekannten Lehrbücher, in denen Hysterie ein Kapitel darstellt.

Abricosoff G., L'Hystérie aux XVII et XVIII siècles. Paris 1897.

d'Abundo, Contributo allo studio delle amnesie postconvulsive et posttraumatiche, Riv. clin. e terap. Napoli 1893.

Aemmer, Epidémie d'hystérie dans une école de filles de Bâle. Thèse de Bâle 1893.

Andrews J. B., Traumatic Hysteria from railroad injury. Americ. Journal of insanity. 1891, Juli.

Angelucci G. e Pieraccini, Sulla opportunita ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nelle neurosi isterica (e nelle alienazioni mentali). Riv. di Freniatr. 1897, XXIII, 2, 291.

Antonini G., Di una rara forma di impulsione ambulatoria in uno istero-epilettico per traumatismo. Riv. sper. di fren. e di med. leg., 1894, XX, 2, 193.

— Contributo allo studio dell' automatismo psicologico per autosuggestione. Ibidem 1898, XXIV, 3, 626.

Ascoli e Tranquilli, Uno caso d'isteria maschile con amnesia retro-anterograda. Riforma med. Napoli 1893, IX, 1, 435.

Azam, Hypnotisme et double conscience. Paris 1893.

Babinski J., Hypnotisme et Hystérie. Paris 1891.

— Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. Extrait des Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris 1892, Nov.

— Definition de l'hystérie, Compt. rendus des Séanc. de la soc. de Neurol. de Paris 7. Nov. 1901.

Baccelli. Un caso d'isteria con amnesia anterograda. Soc. lancis. degli ospedali. Roma 1893.

Bailey Pearce, The medico-legal relations of traumatic Hysteria. Medical Record 1899, LV, 308.

Ballet Gilbert, Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée. Progrès méd., 1892, 26, 497.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français à Clermont-Ferrand 6. Aug. 1894, u. Diskussion: Joffroy, Pitres, Régis, Falret, Vallon, Cullère.

Ballet Gilbert et Sollier Paul, Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie et paralysie faciale systématisée. Revue de méd., 1893, XIII, 6, 532.
Barth Ernst, Über hysterische Schlafzustände. Inaug.-Diss., Kiel 1898.
Batistelli L., Un caso di contrasto emozionale. Riv. quindicin. di psicolog., 1899, II, 17.
Becker, Forens.-psych. Vereinig. zu Dresden, 14. Febr. 1901. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1902, 59, 342.
Behr A., Ein Fall von Hysterie im Anschluß an Leuchtgaseinatmung. Wien. med. Wochenschr., 1896, 40, 1716.
Berdach Karl, Hysterie bei Schulkindern. Wien. med. Wochenschr., 1899, 27, 1281.
Bérillon E., Internat. Kongreß zu Berlin, Revue de l'hypnotisme, 1890, V, 4, 97.
— Catalepsie spontanée chez une hystérique. Soc. d'hypnol. et de psych., 20. Febr. 1899.
Berkhan O., Eigentümliche, mit Einschlafen verbundene Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1892, II, 2, 177.
Bernheim H., De l'anesthésie hystérique, son mécanisme psychique. Revue de méd., 1901, 193.
— De l'élement psychique dans l'hemianesthésie hystérique. Revue de méd., 1902.
— Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. Bull. méd., 8. Nov. 1902.
Bettmann, Hysterische Selbstbeschädigung. Münch. med. Wochenschr., 1903. 41.
Beyerman, Hysterie en ademhaling. Geneesk. bladen. 1901, 7.
Bézy Paul, Sur l'hystérie infantile, sa nature et ses causes. Congr. des aliénistes et neurol. franç. à Toulouse, 3. Aug. 1897. Diskussion: Pitres, Cullère, Renault, Régis, Briand, Bérillon, Garnier, Lamarq, Pailhas.
— Un cas d'hystérie infantile. Ibidem.
— Formes de l'hystérie infantile. Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1897, XLIV, 65.
— u. Bibent V., Die Hysterie im kindlichen u. jugendlichen Alter. Deutsch v. H. Brodtmann, Berlin 1902.
Bianchi, La responsabilita nell 'isterismo. Riv. sper. di fren. e med. leg., 1890, XVI, 3, 141.
Biller, Hysteria in children. Journ. of the Americ. med. Assoc., 1898, XXXI, 22.
Binet, Les alterations de la personnalité. Revue de deux mondes, 13. Febr. 1891.
Binswanger Otto, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand (Ganser). Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1898, III, 175.
— Zur Pathogenese der Hysterie. 6. Vers. mitteldeutsch. Psych. u. Neurol. in Halle, 20. Okt. 1900.
— Die Hysterie. Wien 1904.
Biondi, Testimonianze delle isteriche. Riv. sper. di fren., 1903, 29.
Blanc, Hysterischer Dämmerzustand. Deutsche militär-ärztl. Zeitschr., 1903, 6.
Bloch E., Ein Fall von hysterischer Stummheit, jedenfalls hervorgerufen durch Intoxikation. Münch. med. Wochenschr., 1900, 28, 968.
Blocq Paul, Hystérie maniaque infantile. Paris 1890.
— Du somnambulisme. Gaz. hebdom., 1890, 37, 12,
— Des „stigmates“ hystériques. Gaz. des hôp., 1892, 10, 85.
— L'état mental dans l'hystérie. Ibidem 1893, 135, 1274.
Blumaneau, Stigmates de l'hystérie et dégénérescence. Revue neurol., 1899, 670.
Boedeker, Seltenere Formen von Sprachstörung bei Hysterie. Charité-Annalen, 1890, XV, 373.
Boettiger, Wahre u. falsche Stigmata der Hysterie. Ärztl. Verein zu Hamburg, 3. Nov. 1903. Diskussion: Saenger, Nonne, Jessen, Buchholz, Embdem, Lomer, Hess, Trömner.
Bohn, Ein Fall von doppeltem Bewußtsein. Inaug.-Diss., Breslau 1898.

Boldt H. J., On salpingo-oophorectomy for hystero-epilepsy. Transact. of the med. Soc. of the state of New York, 1892.
Boltean M., Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité. Ann. méd.-psych., 1892, XV, 63.
Bonamaison L., Un cas remarquable d'hypnose spontané, grande hystérie et grand hypnotisme. Revue de l'hypnotisme, 1890, 234.
— Un cas d'hystérie traumatique. Lyon méd., 1891, 66.
Bonnet Henry, Paralysie hystérique avec contracture et troubles mentaux. Ann. méd.-psych., 1896, 33.
Borst, En geval van somnambulisme. Psychiatr. en neurol. Bladen, 1899, III, 493.
Bourneville et Boyer J., Hystérie de l'enfance. Archiv de Neurol., 1899, 391.
— et Sollier Paul, Une famille d'Hystériques. Archiv de Neurol., 1890, XIX, 98.
— — Deux nouvelles observations d'hystérie mâle. Ibidem 1891, XXII, 66.
Bratz u. Falkenberg, Hysterie und Epilepsie. Berl. Ges. f. Psych., 9. März 1903. Diskussion: Oppenheim.
Bresler Joh., Kulturhistorischer Beitrag zur Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1897, 53, 333.
Breuer Jos. u. Freud Sigm., Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Neurol. Zentralbl., 1893, 1, u. Wien. med. Presse, 1893, 4.
— — Studien über Hysterie. Leipzig u. Wien 1895.
Brocca Giovanni, Un caso di frenosi isterica guarita colla laparotomia. Arch. ital. per le malattie nervose ecc., 1890, XXVII, 3, 110.
Brouardel, L'hystérie dans le mariage. Annales d'Hygiène practique, 1899, Nov.
— et Lortat-Jacob, Aërophagie, hoquet hystérique. Gazette des hôpitaux, 1902, 1191.
Brugia R., Isterismo maschile di origine tossica e follia degli atti. Manicomio 1892, 2.
Bruns L., Über Hysterie im Kindesalter. 29. Vers. d. Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens zu Hannover, 1. Mai 1895.
— Die Hysterie im Kindesalter. Halle 1897.
— Über Hysterie im Kindesalter. 75. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Kassel 1903.
Burlureaux, Sur un cas de délire hystéro-alcoolique. Le Mercredi méd., 1893, 13.
Burnet, Contribution à l'étude de l'hystérie infantile; son existence au dessous de l'âge de cinq ans. Thèse de Paris 1891.
Burr Charles W., The diagnosis of Hysteria. The New York med. Journ., 1900,
Buvat, L'auto-représentation organique ou hallucination cénesthésique dans l'hystérie. Gazette des hôpitaux, 1902, 1305.

Caramanna e Girolammo, L'equivalente isterico allo stato secondo-quotidiano. Gazetta sicula di sc. med. e psic. XIV., Riv. Neurol., 1893. 422.
de Cérenville, Cas de sommeil hystérique durant plusieurs semaines. Rev. méd. de la Suisse normande, 1891, XI, 413.
Chabert, Mutisme dans l'hystérie. Paris 1893.
Chaddock Charles G., Hysterical Insanity with generalized Analgesia. Medical fortnightly. St. Louis 1901, Jan.
Chaillous, Hystérie, Hystérie traumatique. Gaz. des hôpit., 1897, 96, 947.
Charcot J. M., Des somnambulismes. Rev. gen. d'après les leçons de Ch. par Blocq., Gaz. hebd. de méd et de chir., 1890, 22. März.
— Du vigilambulisme hystérique ou dédoublement hystérique de la personnalité. Le Mercredi méd., 1890, 50.
— Leçon sur un cas d'hystérie masculine, reç. par Guinon. Arch. de Neurol., 1891, 22, 64, 1.
— Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde, probablement d'origine hystérique. Revue de méd., 1892, XII, 2. 81.

Charcot J. M., Le somnambulisme hystérique spontané, considéré au point de vue nosographique et médico-légal. Gaz. hebdom. de méd et de chir., 1893, 1.

Charpentier Albert, Dernières conceptions et définitions de l'hystérie. Arch. de neurol., 1903, 15, 503

Chaumier, L'hystérie chez les nouveaux-nés et chez les enfants au dessous de deux ans. Bull. de l'Acad. de méd., 1892, XXVII, 3. S. 26, 883.

Clarke C. K., A case of lethargy. Journal of insanity, 1891, Oct.

Colin Henri, Essai sur l'état mental des hystériques. Thèse de Paris 1890.

— Deux cas d'automatisme ambulatoire 1. a. d'origine alcoolique 2. a. hystérique. Gazette des hôp., 1890, 86, 794.

Collet F. J. et Lépine Jean, Hystérie à forme de paralysie générale. Rev. de méd., 1902, 1013.

Comar G., Sur les rapports de la cénesthesie cérébrale avec l'amnésie hystérique. Revue neurol., 1900, VIII, 12.

— L'autoreprésentation de l'organisme chez quelques hystériques. Rev. neurol., 1901, 10.

Cormac Mc., A case of narcolepsy. The Lancet, 1899, II, 565.

Cousot, De la nature de l'hystérie, Bulletin de la société de méd. mentale de Belgique, 1892, III.

Cullerre A., Infanticide et hystérie. Arch. de Neurol., 1895, 30, 97.

David, Hystérie convulsive, idées de persécution et de suicide, guérison, somnambulisme hystérique et s. hypnotique. Revue de l'hypnotisme, 1892, II,

Davidson A. A., On hysteria. Journ. of the americ. med. Assoc., 1898, 19, 1114.

Décsi Karl, Hysterische Geistesstörung. Ungar. med. Presse, 1901, 16.

— Über 2 schwere Fälle von Hysterie. Psych-neurol. Wochenschr., 1903, 51.

Dehio H., Über einige pathologische Schlafzustände. St. Petersburg. med. Wochenschr., 1893, 22, 203.

Delius, La cause des phénomènes hystériques. Soc. d'hypnologie et de psychol., 17. Juni 1902.

Demme, Mutisme hystérique. Gaz. des hôp., 12. April 1895.

De Merrit Charles L., Juvenile Hysteria and neurasthenia. The New York med. Journal, 1900, I, 952.

Dénommé P., Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal. Thèse de Lyon 1894.

De Rode L. Hystérie à deux. Vols à l'étalage. Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique, 1892.

Desjars, Les récits imaginaires chez les Hystériques. Thèse de Paris 1898/99.

Diehl August, Über die Angst bei der Hysterie und Neurasthenie. Neurol. Zentralbl., 1902, 18, 845.

Doller Th., A case of hysteria in a boy characterized by regulary recurring attacks of lethargy; treatment by hypnotism. Brain 1893, IV. 556.

Donath Julius, Die Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der dementia paralytica mit besonderer Rücksicht auf hydrotherapeutische Maßnahmen. Wien. med. Wochenschr., 1895, 25, 1097.

— Durch Spiritismus hervorgerufene Hysteroepilepsie. 2. Landeskongr. d. ung. Irrenärzte, 27. Okt. 1902.

Doubleday Stewart, Report of three cases of grand Hysteria. Medic. News, 1897, 70, 529.

Drobner Hermann, Über Eisenbahnpsychosen und Neurosen. Wien. med. Presse, 1893, 34, 12.

Ducloux P., Histoire d'une hystérique hypnotisable (hystéro-epilepsie à forme somnambulique) traitée et guéri par la metallothérapie Montpellier méd. 1890, IV.

Dupin-Dulau, Hystérie et maladies gynécologiques. Thèse de Bordeaux 1902.
Dupré E., Hysterie tardive. Soc. de neurol., 5. März 1903.
— et Camus J., Meningisme et puerilisme mental paroxystique chez une hystérique. Revue neurol., 1903, 13.

Eeden F. van, Die Grundzüge der Psychotherapie. Zeitschr. f. Hypnotismus, 1892 93.
Efferts Otto, Psych. Verein d. Rheinprovinz. 11. Nov. 1893, zu Bonn.
— Studien über Hysterie, Hypnotismus und Suggestion. Bonn 1894.
Ellis Havelock. Hysteria in relation to the sexual emotions. The Alienist and Neurologist, 1898, X, 4.
Eshner, Hysteria in early life. Philad. Rep., 1897, VII, 69.
Eskridge J. F., Retro-anterograde amnesia with report of two cases. The Alienist and Neurol., 1892, XIII. 3, 501.
Ewald, Hysterische Autosuggestion der Kinder. Berl. klin. Wochenschr., 1903, 38.

Feinkind Stéph., Du somnambulisme dit naturel (noctambulisme), ses rapports avec l'hystérie et l'attaque hystérique à forme somnambulique. Thèse de Paris 1893.
Féré, Le sommeil paroxystique. Sem. méd., 1893, 465.
— Hysteria, epilepsy and the spasmodic neuroses, twentieth century practice of medecine, New York 1897, X.
Finley, Hysteria in a male, spontaneous hypnotism with analgesia. Montreal med. Journ., 1892/93, XXI, 114.
Flatau Georg, Über einige neuere Ergebnisse der Hysterieforschung. Allg. med. Zentr. Zeitg., 1899, 66, 792.
Flournoy Th., Des Indes à la planete Mars. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie. Paris 1900.
— Nouvelles observations sur un cas de somnambulisme avec glossolalie. Archives de Psychologie de la Suisse Romande, 1901, I.
— Somnambulisme avec glossolalie. Archiv de psych., 1901. I. 2.
Forel A., Suggestibilität und Hysterie; was ist Hysterie? Zeitschr. f. Hypnotismus, 1898. V, 2.
Fournier A., Un cas d'hystéro-syphilis. Ann. de Dermatol. et Syphil., 1891, II, 11, 860.
Fournier, La mort dans l'hystérie. Thèse de Paris 1895/96.
Fraser Donald, Hysteria as a psychosis. Glasgow med. Journ., 1897, XLVIII, 6, 401.
Freud Sigm., Ein Fall von hypnotischer Heilung, nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den Gegenwillen. Zeitschr. f. Hypnotismus, 1893, I, 3.
— Die Abwehr-Neuropsychosen. Neurol. Zentralbl., 1894, 362.
— Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. Neurol. Zentralbl., 1896, 434.
— Zur Ätiologie der Hysterie. Wien. klin. Rundschau, 1896, 22, 379.
— Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. Wien. klin. Rundschau, 1898, 2, 21.
Freund C. S., Über die psychischen Störungen bei den traumatischen Neurosen. Sitzg. d. Vereins ostdeutsch. Irrenärzte. Breslau, 25. Nov. 1893.
Freund W. A., Über die durch Parametritis chronica atrophicans hervorgerufene Hysterie. Festschrift Chrobak. Wien 1903.
— Über Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. Berlin 1904.
Friedländer A., Über den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.
Friedrich L., Die Hypnose als Heilmittel. Annalen d. städt. allg. Krankenh. in München 1894, VI.
Fry Frank, Interesting hysterical phenomena a transfer of tactile to visual sensations. The journ. of nerv. and ment. dis. 1899, 495.

Fürstner C., Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1896, 52, 1123 und Arch. f. Psych., 1896, XXVIII, 2, 494.
— Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych., 1899, 31, 627.
— Hysterische Geistesstörungen. Deutsche Klinik, 1901.

Gallois, Théorie neuronique de l'hystérie et traitement de cette neurose d'aprés la méthode de P. Janet. Bull. therap., 1900.
Ganser, Forens.-psych. Verein. zu Dresden, 17. April 1895.
— Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych., 1898, XXX. 633,
— Forens.-psych. Verein. zu Dresden, 14. Febr. 1901.
— Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Neurol. Zentralbl., 1902. 22.
Garnier Samüel, Barbe Buvée en religion, Soeur de Sainte-Colombe et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne (1658—63). Archiv de Neurol., 1894. XXVII, 352.
— Les hystériques accusatrices. Paris 1903.
Gehin, Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagaboudage impulsive. Thèse de Bordeaux 1892.
Geisler O., Hysterische Psychosen im Kindesalter. Diss. inaug. Tübingen 1898.
Genik, 2. Epidemie von hysterischen Krämpfen im Moskauer Gouvernement. Obornenje psychiatrij, 1899, 3, 243.
Giannuli F., Fälle von männlicher Hysterie mit Delirien des affectiven Gedächtnisses. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1901, IX, 107.
Gilles de la Tourette, Considérations sur les ekchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1890, III, 2, 49.
— Etat mental des Hystériques. Annal. d'hygiène publique, 1890.
— Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. 2 vol. Paris 1891—95.
Girand, Revue médico-légal. Annal. médico-psych., 1899, III.
Girandeau, Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme. Arch. gén. de Méd., 1890, XI, 538.
Goldmann Marie Malea, Confusion mentale chez les hystériques. Thèse de Paris 1898/99.
Goodhart S. P., Psychopathologie und Neurologie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1899, XIV, 333.
Grasset, La théorie psychologique de l'hystérie. (Formule cortico-cérébrale de cette neurose.) Nouveau Montpelier médic., 1893. 44.
— et Galavielle, Etiologie infectieuse de l'hystérie. Nouv. Montepellier méd., 1894, V.
Greidenberg W. S., Eine periodische Neuropsychose auf hysterisch-degenerativer Basis. Zentralbl. f. Nervenheilk., 1892, XI, 481.
Guillain, Le bégaiement hystérique. Revue de médecine, 1901, 897.
Guinon Georges, Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes. Du somnambulisme hystérique etc. Progrès méd., 1891, 20, 401.
— Du dédoublement de la personnalité d'origine hystérique; vigilambulisme hystérique. Progrès méd., 1892, 15, 11, 193.
— et Woltke Sophie, De l'influence des impressions sensorielles dans les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme., Nouv. Icon. de la Salp., 1890.
— De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique. Arch. de Neurol., 1891, XXI, 346.
Gumpertz Karl, Über doppeltes Bewußtsein. Berl. klin. Wochenschr., 1901, 45, 1134.

Hajos L., Über hysterische Amnesien. (Vorl. Mittlg.) Jahrb. f. Psych., 1897, XV, 296.
Handford, Hysterical Lethargy, Brit. med. Journ., 1891, 1, 121.

Harrington, Peculiar manifestation in a hysterical boy. Americ. journ. of insanity, 1890, IV.

Hartenberg P., Un cas d'epilepsie jacksonienne hystérique, traitement, guérison. Révue de psychologie clinique et therap., 1900, IV.

Hebold Otto, Untersuchungen über den Hypnotismus. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1893, 49, 71.

Heilbronner, Über Fugues und fuguesähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych., 1903, 23, 107.

Henneberg R., Zur Kenntnis psychischer Störungen bei Unfallkranken. Charité-Ann., 1899, 24, 1.

— Über Spiritismus und Geistesstörung. Arch. f. Psych., 1901, 34, 998.

— Zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung spiritistischer Medien. Arch. f. Psych., 1903, 37, 637.

Hess Ed., Über hysterisches Irresein. Psych.-neurol. Wochenschr., 1902, 36.

Higier H., Hysterie bei einer Katze und einem Kanarienvogel. Neurol. Zentralbl., 1898, 13, 597.

— Über einen eigenartigen, im posthypnotischen Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Gaz. lekarska, 1899, 41, u. Neurol. Zentralbl., 1899, 18, 831.

— Zur Pathogenese der Hysterie und Neurasthenie und ihre Stellung zu Stoffwechselanomalien. Heilkunde, 1900, 12, 698.

Hirschberg L., Über epidemisches Auftreten motorischer Neurosen und die sanitätspolizeilichen Mittel zu dessen Verhütung. Wien. Klinik, 1897, X, 257.

Hirt L., Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule. Berl. klin. Wochenschr., 1892, 50, 1271.

Hitzig, Schlafattaquen und hypnotische Suggestion. Berl. klin. Wochenschr., 1892, 38.

Höfelt J. A. und Forel, Ein Fall von spontanem Somnambulismus. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1893, 49, 250.

Holwede v., Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig. Jahrb. f. Kinderheilk., 1898, 48, 2, 229.

Hospital P., Hystériques infanticides. Annal. médico-psych., 1890, XII, 222.

— Considérations sur la catalepsie. Annal. médico-psych., 92, IV.

Howard William Lee, Sensational journalism and hysteria. New York med. Journ., 1898, X.

Hungerford Geoffroy, Hysteria and its relation to insanity. The journ. of mental science, 1900, I, 83.

Hyvernaud, Quelques recherches sur les attaques de sommeil hystérique. Thèse de Paris 1892.

Illoway H., Does phenacetin possess convulsivant properties. Med. News, 1893, 63, 240.

Infeld Moritz, Ein Fall von Balkenblutung nebst einem Beitrag zur Auffassung hysterischer Erscheinungen. Wien. klin. Wochenschr., 1902, 23, 595.

Ireland, Remarkable case of somnambulisme. The Alien. and Neurol., 1893, 1, 12.

Jacobäus H., Alcoholisme og Hysterie, Ugeskrift for Laegev., 1898, V, 40.

Jacobi J. W. en Lamberts P. H., Een geval van traumatische Hystero-Epilepsie. Psych. en neurol. Bladen, 1897, 3, 224.

Jacobson D. E., Hysterie hos Mänd. Bibl. for Laeger, 1892, 7, R, III, 8.

Janet Pierre, L'anesthésie hystérique. Arch. de Neurol. 1892, 23, 323.

— L'amnésie hystérique. Ibidem 1892, 24, 29.

— La suggestion chez les Hystériques. Ibidem 1892, 24, 448.

— État mental des Hystériques. 2 vol. Paris 1893/94.

— Quelques définitions récentes de l'hystérie. Arch. de Neurol., 1893, 25, 417; 26, 1.

Janet Piere, Un cas d'hémianopsie hystérique. Ibidem 1895, V, 99.
— Névroses et idées fixes. Paris 1898.
Jelgersma G., Over Idee fixe bij. Hysterie, Psychiatr. en neurol. Bladen, 1898 4, 309.
Joffroy, Congr. des méd. alién. et neurol. de France 5. Sess. Paris 1895, 63.
— Amnésie avec apraxie de nature hystérique. Journ. de méd. et chir. prat., 1899, 12, 886.
Joire Paul, Considérations sur l'hystérie. Soc. d'hypnol. et de psychol., 17. VI. 1902.
Jolly, Über Hysterie bei Kindern. Berl. klin. Wochenschr., 1892, 34, 841.
— Über Hypnotismus u. Geistesstörung. Archiv f. Psych., 1893, 25, 599.
— Hypnotismus u. Hysterie. Münch. med. Wochenschr., 1894, 13, 247.
— Über Hysteria virilis. Berl. klin. Wochenschr., 1898, 43, 959.
Jones W. A., Hystero-epilepsy complicated with catalepsia and dislocation of the jaw. Cincinnati Lancet Clinic, 1892, 29, 727.
Jonkoff, Développement épidémique de l'hystérie chez les enfants. Wratsch. St. Petersburg 1895, 45.
Joubioux Et. de, De l'hystérie consécutive à la grippe. Thèse de Paris, 1890.

Kaiser O., Beiträge zur Differential-Diagnose der Hysterie u. Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1901, 58, 957.
— Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie. Monatsschr. f. Psych., 1902, XI, 248.
Karplus J. P., Über Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Jahrb. f. Psych., 1898, 17, 1.
Kaufmann, Das Sendlinger Mädchen. Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver., 1898, VI.
Kazowski A. D., Zur Frage nach dem Zusammenhange von Träumen und Wahnvorstellungen. Neurol. Zentralbl., 1901, 10, 440.
Keng, Lim Boon, The Nature of Hysteria. Edinburgh. med. Journ., 1892, mai.
Kirchgässer Gisbert, Über epidemisch auftretende Krämpfe. Diss. inaug., Bonn 1892.
Kirkoff, Contribution à l'étude de l'hystérie et de la syphilis hereditaire et acquise. Thèse de Paris 1898.
Kochs, 52. Vers. d. psychiatr. Ver. d. Rheinprovinz. 11. Nov. 1893 in Bonn.
Köppen M., Über Epilepsie u. Hysterie in forensischer Beziehung. (12. Vortr. d. Zyklus gerichtl. Med. 31. März 1902.) Klin. Jahrb. Jena. 1903.
Köster G., Beitrag zur Lehre von der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung. Arch. f. Psych., 1899, 32, 569.
Köster H., Fall af astasi-abasi, Hygiea. 1900, 232.
Krafft-Ebing, R. v., Hypnotische Experimente. Stuttgart 1893.
— Meineid, Hysterismus. Behauptete Amnesie u. Unzurechnungsfähigkeit, Jahrb. f. Psych. u. Neurol., 1895. 13, 208.
Kraus W. C., The hypnotic state of Hysteria. The Journ. of nerv. and ment. dis. 1890, VIII. 8.
Krehl L., Über die Entstehung hysterischer Erscheinungen. Volkmanns Sammlg. klin. Vorträge. Leipzig 1902.
Krömer, Jugendliches Irresein, Hysterie. Brandstiftung. Freisprechung. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1893, 2, 310.
Kron H., Über hysterische Blindheit, Neurol. Zentralbl., 1902, 13, 584.
Krönig B., Über die Beziehungen der funktionellen Nervenkrankheiten zu den weiblichen Geschlechtsorganen in ätiologischer, diagnostischer u. therapeutischer Hinsicht. 75. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte in Kassel 1903. Diskussion: A. Eulenburg, Baisch, Wille, Henge, Jung, Binswanger, Raether, Veith.
Kuhnen, Über einen Fall von psychischer Ansteckung mit Ausgang in völlige Genesung. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1892, 48, 60.

Ladame P., L'attaque hystérique d'aphasie et la simulation. Zentralbl. f. Nervenheilk., 1892, XIV, 241.

Lande, Rapport médico-légal sur un cas de folie hystérique. Journ. de méd. de Bordeaux, 1897, I.

Landouzy et de Fleury, Contribution à l'étude de l'hystérie senile. Thèse de Bordeaux, 1890.

Laurent L., Des états seconds: Variations pathologiques du champs de la conscience. Thèse de Bordeaux, 1892.

— De l'état mental des hystériques d'après les théories psychologiques actuelles. Arch. clin. de Bordeaux, 1892, I, 9, 416.

Le Dantec, Deux cas d'automatisme ambulatoire. Arch. de méd. navale, 1890, XII.

Legrand du Saulle, Les hystériques. Paris 1891.

Legris, Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence hystérique, modalité de la dégénérescence. Thèse de Paris, 1898/99.

Leick Bruno, Kasuistischer Beitrag zur Hysterie der Kinder. Deutsche med. Wochenschr., 1902, 20, 360.

Lemaitre August M., Hallucinations autoskopiques et automatismes divers chez des écoliers. Arch. de psych., 1902, I, 4, 6.

— Jenny-Azaëla, histoire d'une somnambule génèvoise au siècle dernier. Ibidem 1903, II.

Lenmolm F., Über Krankheiten, welche auf Vorstellungen sich gründen und durch Vorstellungen geheilt werden. Hygiea, 1896, 58, 69.

Lépinay, Les agents provocateurs de l'hystérie chez les animaux. Soc. d'hypnol. et de psych., 16. Juni 1901.

Lépine R., Mutisme hystérique avec agraphie. Revue de méd., 1891, XI, 10, 895.

— Sur un cas d'hystérie à forme particulière. Revue de méd., 1894, 8, 713.

Leroy Raoul, Le mutisme hystérique dans l'histoire. Arch. de neurol., 1901, XII, 506.

Leszynsky W. M., Hysteria in a child. New York med. Journ., 1892, IV, 414.

Letta, Amnesia retrograda progressiva, anterograda continua. Congr. med. int. di Roma, 1894.

Leuch Gottfried, Beiträge zur hysterischen Stummheit. Münch. med. Wochenschr., 1890, 12, 215.

— Kasuistische Beiträge zur Hysteria virilis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1891, I, 5, 506.

— Eine sogenannte Choreaepidemie in der Schule. Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1896, 15.

Levi Hugo, Hysterie u. Paralyse. Ein Beitrag zur Lehre der Kombination organischer Hirn- u. Rückenmarkskrankheiten mit Hysterie. Diss. inaug., Straßburg 1901.

Levien, A case of somnambulisme in a boy eleven years of age. The medic. Record, 1893, 184.

Lewi A., Sopra uno caso d'isteria maschile. Riv. quind. di psich., 1898, I, 23.

L'homme, Essai sur l'automatisme. Thèse de Lyon, 1894.

Liebermeister, Über Hysterie und ihre Behandlung. Sammlg. klin. Vortr., I. Ser., 236.

Ljubuschin, Ein Fall von organisch bedingter Demenz bei einer hysterischen Frau. Obozrenje psichjatrji, 1899, 9.

Longbois, Contribution à l'état mental des hystériques. Annales d'hygiène publique et de méd. lég., 1891, VII.

Löwenfeld L., Über hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose u. zur Grande Hystérie. Arch. f. Psych., 1891, 22, 715 u. ibidem 1892, 23, 41.

— Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie, Wiesbaden, 1893.

— Hysterie u. Suggestion. Münch. med. Wochensch. 1894, 7, 117.

Lücke, Über das Gansersche Symptom mit Berücksichtigung seiner forens. Bedeutung. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903, 60, 1.

Mabille H., Perte intermittente de la vision bilaterale chez une hystéro-épileptique. Arch. de neurol. 1898, V, 390.

Magitot, De l'hystérie chez les nouveau-nés. Bullet. de l'Acad. de méd., 1892, 3 S., 28, 32.

Mann, Enos S., Hysteria Philad. Rep., 1897, V.

Mason Osgood, Duplex personality. The journ. of nerv. and ment. diseases, 1893, IX.

Mattauschek Emil, Verein f. Psych. u. Neurol. zu Wien. 10. März 1903, Diskussion: Raimann u. 9. Juni 1903.

Meige Henry, Le juif errant de la Salpêtrière, étude sur certains névropathes voyageurs, Nouv. Iconogr. de la Salp. 1893, 4.

— Les possédées des dieux dans l'art antique. Ibidem 1894.

Merino R. y Sanchez. Un cas remarquable de grande Hystérie. Siglo Medico 1896, 11.

Mesnet E., Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie. Arch. de neurol., 1892, 23, 69.

Mettler L. Harrison, Aboulia in relation to Hysteria. Journ. of the americ. medic. assoc., 1898, II, 21, 1200.

Mingazzini, Psicosis isterica. Soc. lancis. deg. osped. Roma 1893.

Mix Charles Louis, Hysteria, its nature and aetiology. The New York med. Journ., 1900, II, 183.

Möbius P. J., Über hysterische Stummheit mit Agraphie. Schmidts Jahrb., 1891, 229, 40.

— Neurologische Beiträge. I. H., 1894.

— Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk., 1895, I, 12.

Moeli, Psych. Verein zu Berlin. 12. Dezember 1896 u. 26. Juni 1897.

— Psych. Verein zu Berlin. 16. März 1901.

— Über Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1901, 58, 740.

Mondio, Psicosi isterica e mioclonia. Il manicomio mod., 1901, 3, 301.

Moravcsik Ernst Emil, Einige praktische Bemerkungen über Hysterie und Hypnotismus an der Hand eines Falles von kastrierter Hystero-Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1890, 2, 25.

— A hysteriás elmezavarról. Orvosi Hetilap, 1891, 14.

— Über hysterische Geistesstörung. Internat. klin. Rundschau, 1891, 24, 911.

— Das hysterische Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1894, 50, 117.

— Akute hysterische Geistesstörung. Ges. d. Spitalsärzte. Budapest, 3. Juni 1903.

Müller Johannes, Beitrag zur Lehre von der Pseudologia phantastica. Diss. inaug., Berlin 1901.

Muratow, Le charactère hystérique chez les enfants. Wratsch, 1898, 14.

Muskens L. J. J., Een geval von traumatische Hysterie. Nedrl. weekbl. voor Geneesk., 1897, II, 8, 288.

Naef Max, Ein Fall von temporärer, totaler, teilweise retrograder Amnesie. Diss. inaug., Zürich 1897.

Nardelli, Istero somnambulismo della durata di tre mesi in uno fanciullo dodicenne. Gazetta de osped., Napoli 1891, XII, 842.

Neisser, Kasuistische Mitteilung. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1898, 55, 447.

Neumann Max, Eine hysterische Hausepidemie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1899, V, 6.

Neven-Dewtröl, De l'Hystérie consécutive à l'intoxication par la Morphine. Thèse de Paris, 1892.

Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralbl. f. Nervenheilk., 1902, 1, 2.

Nolan M. J., Stuporose insanity consecutive to induced hypnotism. Journ. of insanity. 1891, Jan., 75.

Nouaille, Contribution à l'étude de l'hystérie sénile (hystérie chez les vieillards). Thèse de Paris, 1898/99.

Novello Ginseppe, Contributione alla casuistica delle dedoublements de la conscienze. Il manicomio, 1895, 1.

Obersteiner H., Die Lehre vom Hypnotismus. Wien, 1893.

Onanoff J., De la perception inconsciente. Arch. de Neurol., 1890, XIX, 364.

Oppenheim H., Tatsächliches u. Hypothetisches über das Wesen der Hysterie. Berl. klin. Wochenschr., 1890, 25, 553.

Ots V. y Esquerdo, Hystérie et infection. Rev. de med. y Cirurg, 1899.

Pailhas, Lignes de grossesse nerveuse chez une hystérique ayant simulé la grossesse et l'accouchement etc. Arch. d'Anthropologie criminelle. 1897, XI, 379.

Palmer, Eine psychische Seuche in der obersten Klasse einer Mädchenschule. Zentralbl. f. Nervenheilk., 1892, 7, 301. Vide Rieger.

Parmentier, De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique. Arch. génér de méd., 1891, XI.

Patini e Mele, Un raro caso di totale amnesia isterica con perdita della primitiva personnalita. Ann. di nevrol., 1903, 20, 421.

Patnam J. W., Hysteria in childrens. The journal of nerv. and ment. Dis., 1892, VII.

Pearce F. Savary, Association of hysteria with insanity. Journ. of nerv. und ment. Dis. 1902, 29, 153.

Perotta, Letargia isterica, contributo alla etiologia dell isterismo. Gazz. degli ospitali. 1891, 522.

Pianetta Césare, Due casi di isteria. Il manicomio, 1895, 1.

Pick A., Über pathologische Träumerei und ihre Beziehungen zur Hysterie, Jahrb. f. Psych., 1896, XIV, 280.

— Über einen Fall von hysterischer Psychose mit Bemerkungen zur gerichtlichen Psychopathologie. Wiener klin. Rundschau, 1899, 38, 651.

— Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Halle a. d. S. 1904.

Pitres A., Des variations de la personnalité dans les états hypnotiques. Gaz. des Hôp. 1890, 138, 1279.

— Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, Paris 1891.

— Des attaques de délire hystérique. Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1891, 1.

— Des délires hystero-hypnotiques provoqués. Gaz. hebdom., 1891, 4.

— De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie. Revue neurol.. 1896, 17, 50.

Prince Morton, A contribution to the study of hysteria and hypnosis etc. Proceedings of the society for psychical research, 1898, 34, XII.

— The pathology, genesis and development of some of the more important symptoms in traumatic hysteria and neurasthenia. The Boston med. and surg. Journ., 1898, 138, 511.

— Hysterical Neurasthenia. Ibidem 139, 652.

— The development and genealogy of the Misses Beauchamp etc. Proceedings of the society for psychical research, 1901, II.

Proust, Automatisme ambulatoire chez un hystérique. Bull. méd., 1890, 107.

Raecke, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1901, 58, 115.
— Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ibidem 409.
— Einiges zur Hysteriefrage etc. Neurol. Zentralbl., 1902, 7, 299.
Ranfoldi, Uno caso classico d'isteria. Annal. di neurol. 1899, IV.
Ranschburg Paul, Studien über das normale u. hysterische Bewußtsein. Jahrb. f. Psych., 1897, 15, 262.
— u. Hajos Ludwig, Neue Beiträge zur Psychologie des hysterischen Geisteszustandes. Wien u. Leipzig 1897.
Raymond M., Les délires ambulatoires ou les fugues. Gaz. des hôp., 1895, 76, 754.
— Sur deux cas d'hystérie mâle. Revue de Psych., 1898, XI.
Régis, Un cas d'automatisme ambulatoire hystérique. Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Bordeaux, 1893, II.
Rembold S., Akute psychische Contagion in einer Mädchenschule. Berl. klin. Wochenschr., 1893, 27, 662.
Richard, Le mensonge chez la femme hystérique. Thèse de Bordeaux, 1902.
Richter Alfred, Über Verlauf traumatischer Neurosen. Berl. Klinik, 1894, 74, VIII.
Rieger, Psychische Epidemie, Hysterie u. Hypnotismus. Zentralbl. f. Nervenkrankh., 1892, 301.
Roller, 25. Vers. d. Vereins d. Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens zu Hannover, 1. Mai 1891.
Rothmann Max u. Nathanson Arnold, Über einen Fall von kataleptiformer Lethargie mit Simulation von Chylurie. Arch. f. Psych., 1899, 32, 283.
Roubinovitsch, Hystérie mâle et dégénérescence. Thèse de Paris 1890.
— Guérison d' un accès de melancholie chez une dégénérée. Rev. de l'Hypnot, 1890, II, 244.
Rouby, Les faux témoignages d'une hystérique. Archives d'anthropologie criminelle, 1897, XII, 68.
— L'hystérie de sainte Thérèse. Arch. de neurol., 1903, 14, 125.

Sabrazès et Lamarq, Trois cas d'hystérie infantile. Congr. des alien. frç. à Toulouse, 3. Aug. 1897.
Sachs B., On certain functional (chiefly hysterical) conditions of the eye. The journ. of nerv. and ment. dis., 1899, 6, 329.
Saint-Aubin, Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. Thèse de Paris 1890.
Salge, Hysterie bei Kindern. Diss. inaug., Berlin 1898.
Salmeron, De l'Hystèrie alcoolique. Thèse de Paris 1892.
Samain, Contribution à l'étude de la narcolepsie etc. Thèse de Paris 1893/94.
— Un cas de maladie du sommeil, variété narcolepsie. Journ. des Sc. méd. de Lille, 1893, II, 152.
Sander M., Transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis. Deutsche med. Wochenschr., 1901, 28, 462.
Sänger Alfred, Die häufigsten funktionell-nervösen Erkrankungen (Neurasthenie, Hysterie u. Nervosität) im Kindesalter. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 1901, IX, 5, 321.
— Neurasthenie u. Hysterie bei Kindern. Berlin 1902.
Sanie, Contribution à l'étude de la démence hystérique. Thèse Toulouse 1893/94.
Sante de Sanctis, Su due casi d'isteria maschile associata a pazzia morale. Policlinico, 1894, VI.
— Proposito di due isteriche, Bull. della società Lancis, 1894, XII, 2.
— I sogni e il sonno nell' isterismo e nella epilessia, Roma 1896.

Schoenthal N., Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren. Berlin. klin. Wochenschr., 1891, 10, 254.
Schrenck-Notzing v., Der Hypnotismus im Münchener Krankenhaus. Leipzig 1894.
— Über Spaltung der Persönlichkeit (sogenanntes doppeltes Ich). Wien 1896.
Schubert, Weitere Erfahrungen über den Aderlass, etc. Wien. med. Wochenschr., 1892, 23, 919.
Schultze F., Einige Bemerkungen über Hysterie u. Hypnotismus, 53. Vers. d. psychiatr. Vereins d. Rheinprovinz zu Bonn, 9. Juni 1894.
— Über die Entwicklung u. den gegenwärtigen Stand unserer Anschauungen über Hysterie. 25. Jahresvers. d. süddeutsch. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 26. Mai 1900.
Séglas J., Congr. des méd. alien. de France à Blois. 5. âout 1892.
— Hystérie; automatisme etc. Le Mercredi méd. 1892, 34, 406.
— et Bonnus, Confusion mentale et amnésie continue, anésthesie généralisée, expérience de Strumpell. Arch. de neurol., 1894, 28, 353.
— et Sollier P., Folie puerperale, amnésie, astasie et abasie, idées délirantes communiquées. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique, 1890, IX, u. Arch. de neurol.. 1890, XX, 386.
Serieux, Note sur un cas de Paralysie hystérotraumatique des quatre membres. Arch. de neurol., 1891, XXII, 31.
Sicard et Riche, Hystérie traumatique; double piedbot hystérique. Amnésie rétro-antérograde. Presse méd., 1898.
Siemerling E., Über einen mit Geistesstörung komplizierten Fall von schwerer Hysterie, welcher durch kongenitale Anomalien des Zentralnervensystems ausgezeichnet war. Charité-Ann. 1890, XV, 325.
— Gutachten über den Geisteszustand der J.-W. (hyster. Psychose etc.) Friedr. Bl. f. gerichtl. Med., 1900, 51, 19, 245.
Silbermann Otto, Ein interessanter Fall von männlicher Hysterie. Allg. med. Zentral-Ztg., 1897, 43, 538.
Sittmann, Über Hysterie. Gynäk. Ges. in München, 18. Dez. 1901.
Sloan Allen Thomson, An extreme case of hystero-catalepsie (trances etc.). Edinb. med. Journ., 1892, mai 824.
Sokolowski Ernst, Hysterie u. hysterisches Irresein. Petersburg med. Wochenschr., 1895, 51.
— Hysterie u. hysterisches Irresein. Zentral-Bl. f. Nervenheilk., 1896, VI, 302.
Sollier Paul, Anorexie hystérique (sitieirgie hystérique). Revue de Méd., 1891, XI, 8, 625.
— Les troubles de la mémoire. Paris 1892.
— Genèse et nature de l'hystérie. Paris 1897, 2 vol.
— Über Natur u. Entstehung der Hysterie. Zentral-Bl. f. Nervenheilk., 1898, 134.
— De la localisation cérébrale des troubles hystériques. Revue neurol., 1900, VIII, 3.
— Suppression de l'image d'un hystérique réflétée dans une glace. Soc. méd. psychol. 25. mars 1901.
— Hystérie et morphinomanie. XIII. Congr. des méd. alién et neurol. à Bruxelles 8. Aug. 1903.
— et Souques, Un cas de melancholie cataleptiforme. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr., 1890, III, 120.
Solow Julius, The consequences of an experiment with hypnotism. New-York med. Journ.. 1891, III, 300.
Sorge, Klinischer Beitrag zur Frage von den Bewußtseinsstörungen. Neurol. Zentral-Bl., 1903, 8, 353.
Soukhanoff, Pathological sleep in hysterical subject. Journ. of ment. path., 1903, III, 2.

Souques A., De l'hystérie mâle dans un service hospitalier. Arch. général, 1890, VIII, 168.
— Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique. Revue de méd., 1892, 5, 11.
— Contribution à l'étude du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique. Arch. de Neurol., 1894, 28, 448.
Stefani Umberto, Bulimia accessionale isterica, accompagnata di disturbi della regolarizzazione termica. Rivista sper. di fren., 1893, 18, 3.
Steffens Paul, Über 3 Fälle von „Hysteria magna". Arch. f. Psych., 1900, 33, 892.
— Über Hystero-Epilepsie. ibid., pag. 929.
— Obduktionsbefund bei einem Fall von Hystero-Epilepsie. ibid. 1902, 35, 542.
Stegmann, Forens. psychiatr. Verein zu Dresden 19. Dezember 1901.
Steiner Ferdinand, Beitrag zur Kenntnis der hysterischen Affektionen bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk., 1897, 44, 197.
Steiner J. Ferdinand, Über hysterischen Schlaf. Wanderv. d. südwest-deutsch. Neurol. u. Irrenärzte Baden-Baden 6. Juni 1891 u. Deutsche med. Wochenschr., 1891, 27, 848.
Steinhausen, Über die physiologische Grundlage der hysterischen Ovarie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1901, 19.
Stoos, Eine Epidemie von hysterischer Chorea, 29. Ber. d. Jennerschen Kinderspit. in Bern 1893/94, 34.
Storch Ernst, Bemerkungen zu F. Nissls Aufsatz: „Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen". Zentral-Bl. f. Nervenheilk., 1902, 3, 174.
Strümpell Adolf von, Über einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1892, 2, 350.
— Über Entstehung u. Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. Erlangen 1892 u. Berl. klin. Wochenschr., 1893, 1, 22.
— Über die traumatischen Neurosen. Ref. am XII. Congr. f. inn. Med. Wiesbaden 1893.

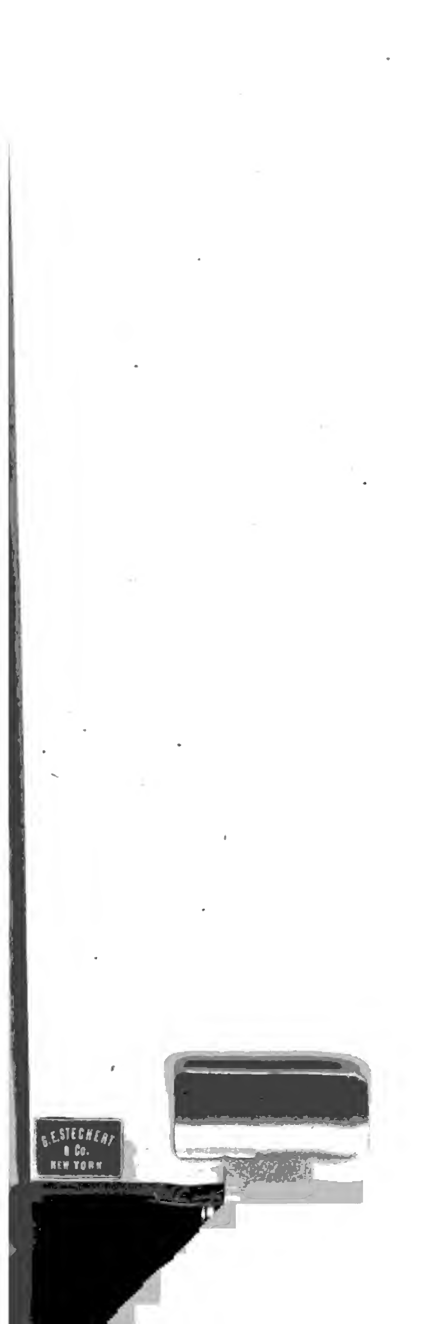
Tambroni R., Perizia sullo stato di mente di A. U. imputato di omicidio. Bolletino del manicom. provinc. di Ferrara 1895, III.
Taty Th., Deux cas de folie hystérique, d'origine infectieuse. Annal. méd. psychol., 1895, 8, 2, 376.
Tatzel, Hysterie u. Suggestion. Zeitschr. f. Hypnotismus, 1898, VII, 5.
Taylor John Madison, Hysteria in childhood and youth. The Medical News, 1898, 72, 1.
Teirlinck A., Un cas de Pseudo-Appendicite hystérique chez un garçon de dix ans. Annal. et Bull. de la Soc. de Méd. de Gand. 1897, X, 205.
Terrien F., De l'hystérie en Vendée. Arch. de Neurol., 1893, 26, 447.
— Hystérie infantile en Vendée. Arch. de Neurol., 1897, 4, 299.
Tesdorpf Paul, Über die Wechselbeziehungen der körperlichen u. psychischen Störungen der Hysterie. München. med. Wochenschr., 1902, 2, 60.
— Les troubles somatiques et psychiques de l'hystérie. Soc. d'hypnol. et de psychol., 17. Juni 1902.
Texier, Contribution à l'étude de l'hystérie. Thèse de Bordeaux 1896.
Thiemich Martin, Über Hysterie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., 58, 3, 8, 6.
Thoma, Über den Bewußtseinszustand sogen. Medien. 34. Vers. südwestdeutsch. Irrenärzte in Karlsruhe, 14. Nov. 1903.
Tomlinson, Hysterical mania? A clinical study based upon six cases. Journ. of nerv. and ment. dis., 1891, III, 225.
Tonoli S., Uno caso di idrofobia isterica. Riv. sper. di fren., 1898, 24, 2, 341.
Toulouse E., Amnésie rétro-antérograde à type continue et progressive par choc moral. Arch. de neurol., 1894, 28, 167.
Tremoth Karl, Beiträge zur Lehre vom Irresein im Kindesalter. München. med. Wochenschr., 1891, 35, 605.

Unkelhäuser, 27. Vers. d. südwestdeutsch. psych. Vereines in Karlsruhe, 9. Nov. 1895.

Vallon Ch. et Rogues J. de Fursac, Hystérie mâle. Arch. de Neurol., 1899, VII, 460.
Van de Warker E., Hysterical mania. The americ. Journ. of insanity, 1892, 546.
Vanselow C., Hysterisches Irresein, Verbringung in eine Irrenanstalt. Friedreichs Blätter, 1890, 2, 88.
Vaschide N. et Vurpas, Contribution à l'étude de la structure mentale des hallucinations. Arch. di psychiatria, 1901, 22, 378. — Arch. de Neurol., 1901, 12, 208.
Verger, Hystérie et délire lypémaniaque. Arch. clin. de Bordeaux 1894, II.
Vial, Grande hystérie, datant de 25 ans, avec crises paroxystiques, fugues ambulatoires etc. Arch. de neurol., 1902, 13, 202.
Vigouroux A., Obsession et impulsion pyromaniaque chez une dégénérée hystérique. Annal. méd. psych., 1897, XVI, 237.
Villani, Sonno e vigilo, somnambulismo isterico. Riforma med. Napoli 1891, VII, 769.
Vizioli F., Degli accessi di letargia nel corso della paralisi progressiva, Lavori del Congresso di medic. int. Milano 1891, IV, 354.
— Nevrosi tardive per effetto di fulmine. Annali di Nevrol., 1891, IX, 1.
Vogt O., Zur Psychopathologie der Hysterie. Neurol. Zentralbl., 1898, 1111.
— Normalpsychologische Einleitung in die Psychopathologie der Hysterie. — Zur Methodik der ätiologischen Erforschung der Hysterie. — Zur Kritik der psychogenetischen Erforschung der Hysterie. Zeitschr. f. Hypnotismus, 1899, 8.
— Sur la genèse et la nature de l'hysterie. Congr. de méd., Paris 1900.
Voisin A., Lypémanie anxieuse avec gémissements. Revue de l'Hypnot., 1890, I, 202.
Voisin M. J. et Guibert M. A., Les persécutées: Une persécutée à idées génitales. Gaz. des hôp, 1890, 103, 953.
Voronoff, Hystérie. Paris 1896.
Vorster, Über hysterische Dämmerzustände u. das Vorbeireden. 34. Vers. südwestdeutsch. Irrenärzte zu Karlsruhe, 15. Nov. 1903.

Wagner Julius v. Jauregg, Hysterie in Drasches Bibliothek d. ges. med. Wissensch., II. Bd., p. 167.
Warda R., Ein Fall von Hysterie, dargestellt nach der kathartischen Methode von Breuer u. Freud. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 1900, 7, 301.
Warren St., Autohypnotisme. Med. News, 1898.
Webber, A Case of Hysteria treated by Hypnotism. Journ. of nerv. and ment. dis., 1890, IX.
Westphal A., Über hysterische Dämmerzustände u. das Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Zentralbl., 1903, 1, 7.
Weygandt, Ein Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. 34. Vers. d. südwestdeutsch. Irrenärzte zu Karlsruhe, 14. Nov. 1903.
Williams Ethel M. N., Hysterical somnolence and states of double consciousness. Lancet, 1900, II, 799.
Wizel Adam, Przypadek histeri zobrezekiem hysterycznum. Cas d'hystérie compliqué de troubles particuliers de la mémoire. Gazeta lekarska, 1893, 13, 141.
Wollenberg R., Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der psychischen Anfälle bei Hypochondrie. Charité-Annal., 1890, 15, 349.
— Die forensische Beurteilung der Krampfkranken insbes. der Hysterischen. München. med. Wochenschr., 1898, 50, 1603.

Ziegenspeck, Über Frauenleiden und Hysterie. Gynäkol. Ges. in München, 19. Jänner 1902.


G.E. STECHERT
& Co.
NEW YORK

